Rok XLIV. Kraków 8 Lipca 1905. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kiedy możemy pozwolić się żenić osobnikowi, który przebył kiłę?

Podał
Dr. Eugeniusz Borzęcki
prymaryusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Kiła ze względu przenoszenia się na potomstwo zajmuje pierwsze miejsce w rzędzie chorób zakaźnych. W dziale zdrowotności społecznej sprawa ta powinna znaleźć należne jej miejsce. Tak jednak nie jest: nie doczekała się ona jeszcze należytego uwzględnienia, a często z różnych powodów pomija się ją milczeniem. Przyczyny tego nie trudno odszukać. Choroby weneryczne w przeważnej części naszego społeczeństwa są uważane za równoznaczne z następstwami życia wyuzdanego; nic więc dziwnego, że na takiem zapatrywaniu oparta błędna etyka nie pozwala sprawy chorób wenerycznych poruszać tam, gdzieby należało, z tą jawnością, jaka nie krępuje nas w niczem, kiedy mówimy o higienie mieszkania, szkoły, odzieży i t. d. „Życie płciowe“, mówi Krafft-Ebing[1]), jest najsilniejszym czynnikiem w bycie jednostki i bycie społeczeństwa“, a skoro tak, to nie można następstw stąd wypływających, — a są niemi przecież i choroby weneryczne, — traktować połowiczo. Z pojęciem kiły zrosło się prawie nierozdzielnie pojęcie choroby nieuleczalnej, na ogół niesłuszne, ale, dodajmy, dla dotkniętego nieraz może korzystne. Że takie pesymistyczne zapatrywanie się na przyrodę kiły jest dla wielu poważnym hamulcem w używaniu uciech płciowych, ważnym bodźcem do założenia ogniska rodzinnego, wątpić nie można. Stanowi ono równocześnie nie małą pomoc dla lekarza do przeprowadzenia dostatecznie długiego leczenia, nie odbierając mu możności zrównoważenia stanu psychicznego pacyenta przedstawienia mu sprawy we właściwem świetle. — To samo zapatrywanie wreszcie sprowadza pacyenta, który ma się żenić, do postawienia lekarzowi pytania: „przebyłem kiłę, czy mogę się żenić bez narażenia na następstwa przebytej choroby przyszłej mej żony a względnie dzieci“? Powiedzmy na wstępie, że rozwiązanie tego pytania nie może w obecnej chwili mieć wartości odpowiedzi ścisłej; raczej będzie ono wnioskiem, opartym na szeregu premis i warunków. — Dając odpowiedź, pamiętajmy, że bierzemy na siebie odpowiedzialność, bo od niej może zależeć los nietylko jednostki, ale całej rodziny. Rozstrzygnięcie tego pytania trudne: oprzeć się ono może tylko na wynikach spostrzeżeń, dotyczących przebiegu klinicznego. Czy odpowiedź nasza będzie przeczącą, czy nie, łączy się z nią w obu razach cały szereg następstw, zależnie od przypadku mniej lub więcej poważnych. Zakazując choremu żenić się, dotykamy tem tylko jednostki, może ciężko, ale mniej w każdym razie, niż wtedy, kiedy dajemy pozwolenie i na jedną kartę stawiamy przyszłość całej rodziny. To mając na uwadze, łatwo pojąć, jak wielką odpowiedzialność bierze na siebie lekarz, wyrokujący w tej sprawie, która całym ciężarem spada na niego. To też i dalsze uboczne względy, prócz rozpatrzenia i ocenienia przedmiotowego stanu chorego, nie powinny wpłynąć na jego zdanie. Zależnie od przypadku, położenie nasze może być mniej lub więcej trudne. Pewna część osobników, która przebyła kiłę, stawia to pytanie przed rozpoczęciem jakichkolwiek wstępnych kroków w celach małżeńskich, raczej ze stanowiska teoretycznego. Zadanie lekarza w takim razie łatwiejsze, sprawa nie jest aktualną, a odpowiedź będzie przedstawieniem stanu rzeczy ze stanowiska zasadniczego.

Trudniejsze położenie dla lekarza stwarzają ci z pacyentów, którzy porobiwszy już pewne kroki w zamiarach małżeńskich, pomni przebytej kiły, zadają nam powyższe pytanie.

Jeżeli chodzi o zasadnicze rozstrzygnięcie pytania, czy osobnik, który przebył kiłę, może się żenić, to na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy odpowiedź damy twierdzącą.

Dwie są główne dane, które uprawniają nas do tego:

1) Kliniczne spostrzeżenia i doświadczalnie stwierdzony fakt, że u każdego osobnika, który nabył kiły, przychodzi wreszcie ten okres, w którym on na żadnej drodze osobie drugiej kiły udzielić nie może.

2) Codzienne spostrzeżenia, które stwierdzają, że ludzie, którzy przebyli kiłę, mogą mieć i mają żony i dzieci zupełnie zdrowe, w szczególności wolne od jakichkolwiek zmian, któreby można wprowadzić w związek przyczynowy z kiłą rodziców.

Co stanowi granicę między okresem kiły, w którym ona jest przenośną, a tym, w którym nią być przestaje? Gdybyśmy na tak postawione pytanie umieli dać odpowiedź ścisłą, to równocześnie i pytanie, które nas zajmuje, byłoby zaraz rozwiązane. — Tak jednak nie jest. Dosyć bowiem lakonicznie odpowiadamy na nie, że kiła w okresie III-cim przestaje być przenośną. — Spostrzeżenia kliniczne, szczepienia w dużej ilości potwierdzają to zapatrywanie. Wiemy jednak, że kiła w postaci zmian trzeciorzędnych występuje tylko w małym odsetku, jak równie i to, że czas, w jakim ona występuje od chwili zakażenia, waha się w granicach bardzo szerokich. Spotykamy wreszcie rzadkie przypadki, w których obok zmian drugorzędnych, a więc przenośnych, występują zmiany trzeciorzędne.

[1]) Krafft-Ebing: Psychopatha sexualis

Skoro więc wystąpienie zmian późnych stanowi tylko pewien odsetek w granicach czasu bardzo szerokich, to tylko odnośnie do tych przypadków i to z zastrzeżeniem możemy przypuszczać, że kiła przeszła w okres, w którym drugiemu osobnikowi przeniesieniem nie grozi.

Na tej drodze nie znajdujemy więc rozwiązania naszego pytania. Z kolei nasuwa się więc pytanie: jak długo trwa okres kiły drugorzędnej, w którym jest ona przenośną na matkę, względnie na płód? Spostrzeżenia kliniczne dają nam odpowiedź niedwuznaczną, ale tak daleką od reguły, jak dalekim jest od niej każdy przypadek kiły co do częstości nawrotów zmian wczesnych i co do czasu ich występowania w przyszłości — Jeżeli wziąć miarę z przeważnej liczby przypadków, to okres ten pojawiania się zmian drugorzędnych nie przekracza lat trzech; rzadkie są przypadki, że i po tym czasie (przy równem leczeniu) zmiany te występują; nie brak wreszcie i wyjątków, w których stwierdzono takowe w lat — 7—8.

Przypadek taki opisuje Mauriac [2]), w którym osobnik, dotknięty kiłą, w lat 8 od zakażenia zaraził żonę. Sam miałem sposobność stwierdzić u mężczyzny w lat 7 od zakażenia kłykciny sączące na wargach, a u kobiety w lat 9 na częściach rodnych. To pojawienie się zmian drugorzędnych w czasie tak późnym należy tylko do wyjątków. Z drugiej strony spotykamy przypadki, w których przy ścisłem spostrzeganiu stwierdzamy tylko jedną wysypkę i nigdy później pod żadną postacią nawrotu. Jakże więc trudno wobec takich wahań co do czasu pojawiania się zmian drugorzędnych wyszukać pewną podstawę, na której oparci, moglibyśmy wykluczyć niebezpieczeństwo przeniesienia choroby. Nie dosyć na tem. Mówiąc o zmianach drugorzędnych, zazwyczaj mamy na myśli spotykane na skórze i błonach śluzowych. Jeżeli jednak idzie o osobnika, który ma się żenić, to wchodzi w grę nowy pośrednik w przeniesieniu kiły, t. j. nasienie. Zapatrywanie to, jakkolwiek nie jest przez wszystkich przyjęte, znajduje jednak ze stanowiska klinicznego tyle podstaw, że z możebnością przeniesienia kiły na płód przez nasienie liczyć się należy. Nierzadkie to przypadki, gdzie w małżeństwie z ojca kiłowego, nie okazującego zresztą od dłuższego czasu żadnych zmian swoistych, bez dającego się stwierdzić zakażenia matki, kolejno po sobie następują poronienia, to porody przedwczesne, czy czasowe płodów zmacerowanych. — Oto w krótkich słowach przypadek z własnego spostrzeżenia:

Kiła nabyta przed 11 laty; objawów żadnych niema; leczenie dotychczasowe bez planu, dorywcze. Pacyent żeni się, a na zapytanie, czy choroba nie przeniesie się na żonę lub dzieci, czuję się uprawnionym powiedzieć, że nie. Tymczasem następują dwa porody przedwczesne, w lat pięć po ożenieniu się rozwija się u pacyenta wiąd rdzenia.

Kassowitz [3]) np. określa jako granicę czasu przenoszenia się kiły na płód przez nasienie lat 10; Henoch spostrzegał to po latach 20, a See w jednym przypadku po 30 latach. Z zapatrywaniem Kassowitza zgodzić się niepodobna; codzienne spostrzeżenia kliniczne pouczają czego innego. Odnosić się ono może do odosobnionych przypadków. Pewien więc odsetek przypadków kiły nie dozwala na wytyczenie granicy prostej co do czasu, w którym ona utraciła zdolność przenoszenia się. — Ogromna jednak większość spostrzeżeń poucza, że okres ten czasu odnośnie do występowania zmian wczesnych przenośnych nie przekracza lat trzech. To też Fournier [4]) jako najkrótszy okres czasu dla zawarcia związków małżeńskich określa na lat 3—4, wyrażając się, że „znosi małżeństwo po tym czasie zawarte". Zapatrywanie to podzielają dziś niemal wszyscy. Jeżeli wogóle, o ile sądzić mogę na podstawie własnych spostrzeżeń, mężczyzna obciążony przebytą kiłą gotów jest zastosować się zupełnie do wskazówek lekarza, by otrzymać upoważnienie do żenienia się, to z drugiej strony spotyka się jednostki, które pod wpływem niezrozumiałych pobudek przyjmują do wiadomości nasze zdanie, by działać wręcz przeciwnie. — Cóż powiedzieć o tych rzadkich przypadkach, kiedy mężczyzna, nabywszy przed kilku czy kilkunastu miesiącami kiły, udaje się do lekarza, a kiedy usłyszy jego *veto,* nie waha się w odpowiedzi dodać: „dziś cofnąć się nie mogę; gdybym to zrobił, znaczyłoby to tyle, co wykrycie stanu mojego zdrowia, a to musi pozostać tajemnicą" i za cenę jej utrzymania robi ofiarę z przyszłej żony i dzieci. Jak dalece posunąć się może w tym kierunku opieszałość, na dowód przytoczę w krótkości własne spostrzeżenia:

W kwietniu r. 1904 zasięgał mej porady kolega lekarz N. N. z powodu zmian na prąciu, o których naturze sam nie zdawał sobie sprawy. Stwierdziłem zmianę pierwotną i na skórze świeżą wysypkę. Przeprowadziłem potrzebne leczenie. W ciągu jednej konsultacyi wypytuje mnie ów kolega, czy może się żenić? Odpowiedziałem, że przecież obecnie o tem myśleć nie można. We wrześniu tego samego roku, przechodząc jedną z ulic miasta, spostrzegłem szereg powozów orszaku ślubnego; z ciekawości przystanąłem, i jakież było moje zdziwienie, kiedy w panu młodym poznałem tego samego kolegę. Następstwa nie dały na siebie długo czekać. D. 2 listopada stwierdziłem u żony, która była w ciąży, świeżą wysypkę; w grudniu nastąpiło poronienie, a o ile później mogłem dowiedzieć się, jeszcze dwa porody przedwczesne. — Tu należy także przypadek, spostrzegany i opisany przez Fourniera [5]): młody mężczyzna, u którego stwierdzono już objawy groźne (jak utratę pamięci), mimo wyraźnego zakazu, żeni się. Dzień i godzina ślubu naznaczone. Orszak ślubny zebrany, a pana młodego niema. Znajdują go w domu przy filiżance czekolady, — zapomniał o ślubie. Ślub się odbywa, a w kilka miesięcy po nim występują napady szału.

Podobne przypadki, to dostateczna przestroga dla nas, byśmy w wydaniu naszego zdania nie kierowali się żadnymi względami ubocznymi, które mogą nieraz dla pacyenta stwarzać położenie bardzo przykre, nas nie zwalniają jednak od wielkiej odpowiedzialności. A jeżeli ulegliśmy przedstawieniom pacyenta, a przewidywana katastrofa nie ominie, to wtedy od tego samego chorego spotka nas wyrzut, żeśmy nie dosyć stanowczo wypowiedzieli swoje *veto.* Nie wiem, czy w przypadku podobnym, jak ten który, przytoczyłem z własnego spostrzeżenia, gdzie wbrew zakazowi lekarza pacyent nie odstępuje od zamiaru żenienia się, nie byłoby obowiązkiem lekarza wyjaśnić położenie rodzinie przyszłej żony. Jeżeli z jednej strony jest stwierdzonem, że im później od nabycia kiły, tem prawdopodobieństwo większe, że kiła nie przeniesie się na żonę, względnie dzieci, to z drugiej strony oparcie naszego sądu na tej jednej danej nie może nas zaspokoić. Musimy się oglądać za innemi. Słusznem też nazwać trzeba zestawienie tych warunków, które podaje

[2]) Mauriac: Archiv f. Derm. u. Sypth. XXIII.

[3]) Die Vererbung der Syphil. — Mediz. Jahrbücher 1875.

[4]) Syphilis et Mariage — Paris 1890.

[5]) l. c.

Fournier[6]), a które powinny się obok siebie znaleźć, jeżeli mamy wziąć na siebie odpowiedzialność; dając osobnikowi, który przebył kiłę, pozwolenie ożenienia się. Są one następujące:

1) Brak objawów kiłowych.

2) Odpowiednio długi okres czasu od nabycia kiły.

3) Dłuższy przeciąg czasu od wystąpienia ostatnich objawów.

4) Uwzględnienie, czy przebieg dotychczasowy nie miał cech kiły złośliwej (objawy ze strony mózgu, rdzenia).

5) Dostatecznie przeprowadzone leczenie swoiste.

Żaden z nich z osobna nie wystarcza. Jeżeli znajdą się razem, to w braku lepszego kryteryum, jak na obecną chwilę, pozwalają na wniosek, że w rokowaniu się nie pomylimy. Przechodząc je kolejno, zdaje się, że brak jakichkolwiek objawów w czasie, kiedy pacyent się żeni, nie potrzebuje uzasadnienia. A jednak i to się zdarza. Objaśniony przez lekarza o położeniu, postanawia zachować wszelkie ostrożności, badać się najskrupulatniej, by zapobiedz przeniesieniu kiły na żonę. Cała ta profilaksa zostaje zawsze tylko dobrą chęcią, odracza co najwyżej chwilę zakażenia. Rozpatrując ten pierwszy warunek, nie dosyć upewnić siebie i pacyenta w tym kierunku, że nie istnieje obawa przeniesienia kiły na żonę lub dzieci. Bo i cóż za korzyść z tego, że opierając się choćby tylko na tem, że od zakażenia upłynęło lat kilka, czy więcej, nie lękamy się możności udzielenia choroby rodzinie przyszłej, jeżeli u tego samego pacyenta stwierdzimy rozszerzenie źrenicy, zniesienie odruchów źrenicznych, kolanowych i t. podobne objawy, które na krótszą czy dłuższą przestrzeń czasu bywają zwiastunami ciężkich zboczeń mózgowo-rdzeniowych. Jeżeli w podobnym przypadku lekarz daje pozwolenie, to postąpił według mego zdania źle. Powinien raczej wyjawić swoje obawy bądź badanemu, bądź może właściwiej komuś z otoczenia, by nie robić sobie wyrzutów za późno.

Warunek drugi stanowi odpowiednio długi czas od zakażenia, o którym była mowa na wstępie. Trzy do czterech lat, oto najkrótszy termin, na jaki się zgodzić można. Ze względów praktycznych wydaje się słusznem, wspomnieć nawiasowo każdemu pacyentowi, u którego stwierdziliśmy kiłę świeżo nabytą, choćby o to nie pytał, że przed laty czterema żenić się nie powinien. Może niejednokrotnie tak mimochodem rzucona uwaga uchroni młodego człowieka od podjęcia przedwczesnych kroków w celach małżeńskich i zaoszczędzi mu cofania się po krętych drogach.

Trzeci z porządku warunek wymaga, by od chwili, kiedy stwierdzono ostatni raz objaw kiły, upłynął dłuższy przeciąg czasu. To warunek konieczny. Chyba żaden lekarz nie ważyłby się choremu, u którego przed miesiącem czy paru miesiącami stwierdził kłykcinę sączącą, choćby minął lat szereg od zakażenia, dać swoje pozwolenie żenienia się. Spostrzeżenie kliniczne poucza, że nawroty w okresie wczesnym występują w pewnej ciągłości, z przerwami paru co najwyżej kilku miesięcy. Jeżeli zaś minie rok i więcej zupełnego spokoju, to wystąpienie po takim czasie zmian z cechami drugorzędnych należy do rzadkości.

Taka długa przerwa po przeprowadzonem poprzednio energicznem, długiem leczeniu, nie może być uważana za przypadkową, ale raczej pozwala na wniosek, że nawrót nie nastąpi. Jako najkrótszy termin w tym kierunku podaje np. Fournier lat dwa. Sądzę, że i termin nieco krótszy jest dopuszczalny. Rzeczą zaś jest obojętną, czy ten ostatni objaw stwierdziliśmy jako wysypkę na skórze, czy jako zmianę na błonach śluzowych.

Czwartym warunkiem, który na oku mieć musimy przy rozwiązaniu postawionego pytania, to orzeczenie, czy przebieg kiły dotychczasowy nie miał cechy złośliwej, źle wróżącej na przyszłość. Określenie, czy kiłę na podstawie objawów wczesnych, a więc wysypek, zmian na błonach śluzowych, nazwać łagodną, czy ciężką, przedstawia wiele ciemnych stron. Badając chorego kiłowego, urobimy sobie pewien sąd na podstawie zmian, jakie spotykamy na powłokach skórnych, błonach śluzowych, zajęciu gruczołów chłonnych. Jak znaczne są tu różnice i wahania, wie każdy. Niektórzy klinicyści uważają za cięższe te przypadki, w których zmiany drugorzędne ograniczają się głównie czy wyłącznie do skóry, z szczególnem upodobaniem zajmują stopy i dłonie, a pomijają błony śluzowe; za łagodniejsze zaś te, w których przeważa zajęcie błon śluzowych.

Fournier w zestawionych przez siebie 84 przypadkach wiądu podaje, że tylko w 10 przebieg kiły w okresie wczesnym był przeciętny, a w 74 bardzo łagodny (pod względem obfitości wysypek, częstości nawrotów), ani w jednym ciężki. Przed laty kilku poruszyłem ten temat z doświadczonym w tej mierze ś. p. Prof. Rosnerem, pytając o ile według Jego spostrzeżeń całokształt zmian wczesnych swojem nasileniem daje jakieś wskazówki co do rokowania? „Wolę — była Jego odpowiedź — zawsze przypadki kiły z obfitemi wysypkami, częstymi nawrotami, aniżeli pozornie te łagodnie przebiegające“. Przytoczona wyżej statystyka Fourniera potwierdza słuszność tego zapatrywania. Jako cięższe musimy uważać te przypadki, w których w okresie wczesnym wystąpiły zmiany ze strony mózgu, jak: przemijające porażenia mięśni ocznych, nerwu twarzowego, czy nawet połowicze, zajęcia oka i t. d. Jeżeli rokowanie gorsze w tych przypadkach, to nie w odniesieniu do przyszłej żony czy dzieci, tylko ze względu na pacyenta. Wzgląd to jednak nie mniejszej wagi przy rozstrzygnieniu naszego pytania.

Wreszcie piątym warunkiem jest dostatecznie przeprowadzone leczenie swoiste. Niepodobna na tem miejscu sprawę tę szerzej omówić. Mówiąc o leczeniu kiły w okresie wczesnym, położymy główny nacisk na stosowanie przetworów rtęci. Że rtęć w tym okresie jest środkiem swoistym w tem znaczeniu, że przy jej użyciu udaje nam się prawie zawsze usunąć istniejące zmiany, nikt nie zaprzecza, jak równie, że to samo leczenie, jako środek zapobiegawczy przenoszenia kiły na płód, daje wyniki niedwuznaczne. Nie brak i tu przeciwników, z których najskrajniejszym był może Hermann[7]), który wszystkie objawy drugorzędne uważał za wynik leczenia rtęcią. Że leczenie powinno się prowadzić tak długo, jak długo występują objawy drugo-

[6]) L. c.

[7]) Hermann: Es gibt keine constitutionelle Syphilis.

rzędne, nie ulega wątpliwości. Że zaś okres ten czasu trwa przeciętnie 2—3 lat, więc przez ten czas powinno być stosowane systematyczne leczenie swoiste. To zapatrywanie podziela dziś większość kliuicystów, by wymienić Fourniera, Neissera, Fingera, Lessera, Jadassohna, którzy zgodnie podają, że leczenie należy prowadzić przynajmniej przez 3 lata.

Oto w krótkości owe pięć warunków, które jeżeli znajdą się obok siebie, uprawniają nas do dania pozwolenia na zawarcie związków małżeńskich z tem prawdopodobieństwem, że nie pomylimy się; gdyby było inaczej, nie postąpiliśmy lekkomyślnie. Jak na obecną porę lepszego kryteryum nie mamy. *Mutatis mutandis* te same warunki znaleźć się muszą obok siebie, jeżeli idzie o pozwolenie pójścia za mąż kobiecie, która przebyła kiłę. Postawione pytanie rozstrzygaliśmy tylko z punktu widzenia na niebezpieczeństwo przeniesienia choroby na żonę, względnie dzieci, zostawiając poniekąd na uboczu los pytającego się. Wzgląd to jednak wielkiej wagi. Przynajmniej ja, ile razy podobnie pytającemu, skoro znalazły się obok siebie wszystkie wymagane warunki, dawałem pozwolenie żenienia się, to równocześnie nigdy nie umiałem się pozbyć pewnej obawy, jaką mi nasuwało pytanie: a czy równocześnie mogę ręczyć, że człowiek ten za lat 5 czy 10, mając zdrową żonę i dzieci, nie zapadnie sam na ciężką nieuleczalną chorobę, jak wiąd rdzenia, czy porażenie postępujące? Każdy lekarz chyba przypomniałby sobie podobny przypadek i całą grozę położenia rodziny; różnica między nimi ta tylko, czy byt materyalny zabezpieczony lub nie. Wniosek nasuwa się sam, że łżej nam przyjdzie dać swoje „placet“ tam, gdzie choćby na przypadek takiej katastrofy nie usunie się równocześnie jedyna podpora bytu rodziny.

Są to wyjątki i one nie mogą obalić zapatrywań, wypowiedzianych na sprawę żenienia się mężczyzny, który przebył kiłę, bo wprost byłoby nie po ludzku, biorąc je na uwagę, każdemu zabraniać się żenić. Fournier na 87 przypadków, dotyczących małżeństw, w których mąż przebył kiłę, a w których ani razu nie nastąpiło przeniesienie choroby na żonę i na 156 dzieci zdrowych z tych małżeństw, spostrzegł 12 przypadków chorób mózgowych lub mózgowordzeniowych, po większej części u leczonych krótko, niedostatecznie. Nie wiele mamy danych, któreby nam umożliwiały przepowiedzenie tych schorzeń. Nierówne źrenice, słabe lub zmienione oddziaływanie ich na światło, należą do najważniejszych. To też okuliści uważają te objawy u człowieka, który przebył kiłę, za zwiastuny złowrogie, które czasem na szereg lat poprzedzają wystąpienie czy to porażenia postępującego, czy wiądu rdzenia. Badania więc w tym kierunku nie należy nigdy pomijać.

Fournier zestawił 20 małżeństw, w których od zakażenia się kiłą mężów nie upłynęło w żadnem z nich lat dwóch. Wyniki były następujące: 19 żon uległo zakażeniu, a na 28 porodów z tych małżeństw było: 13 poronień, 6 zmarło wkrótce po urodzeniu, 6 dzieci ze zmianami kiłowemi, troje tylko zdrowych. A obraz takiego małżeństwa? Kto go raz miał sposobność spostrzegać, usprawiedliwi przyczynę, dla której niniejszy temat poruszyłem.

Jeżeli nie w mocy naszej jest ochronić społeczeństwo od tylu różnych chorób, to chrońmy je od tej, którą nieraz naszem stanowczem *veto* usunąć potrafimy. Tu idzie nie o jednostkę, ale o rodzinę i przyszłe pokolenie. To mając na uwadze, powinniśmy przy rozstrzygnięciu niniejszego pytania dobrze zważyć *pro* i *contra*, sąd nasz wydać ze stanowiska czysto przedmiotowego, nie dając się powodować żadnymi względami ubocznymi, a oddamy niejednokrotnie rzetelną usługę naszemu społeczeństwu.

II. Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. Prof. Kadera.

O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

Podał

Dr. Mieczysław Staszewski.

(Praca częściowo wygłoszona na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1902).

(Ciąg dalszy).

Badając poszczególnie szkodliwe czynniki, mogące działać na ciałka czerwone krwi, jak chloroform, toksyny przy sprawach ropnych i t. d., byłem w stanie wykluczyć wpływ wszystkich tych czynników szkodliwych na pojawianie się we krwi czy to ciałek jądrzastych, czy to mikrolub makro-cytów i doszedłem do przeświadczenia, że wpływ miarodajny na pojawienie się mikrocytów wywiera tylko krwawienie podczas operacyi. Sądzę przytem, że mikrocyty przedstawiają w sobie zapas czerwonych ciałek, istniejących w szpiku kostnym tylko w okresie późniejszym, niż ciałka jądrzaste, to jest już po utracie jądra.

Musimy tu podnieść zależność obecności tego składnika w prawidłowej krwi człowieka od wieku. Badając krew dzieci przed operacyą, mogłem się przekonać, że u pacyenta, lat 2 liczącego „hernia scrotalis sinistra“, u 5-letniego „hernia scrotalis bilateralis“ (vide tab. *d.*) i 7-letniego „contractura genu post combustionem“ (vide niżej załączone tabliczki *d* i *e*). mikrocyty znajdowały się we krwi w okresie przedoperacyjnym.

Tablica *d)*.

L. dz. 229/901/2 *Ł. W.* l. 5. *Hernia scrotalis bilateralis.*

Data	Liczba ciałek białych	Liczba ciałek czerwon.	Stosunek	% hemoglob.	Mikrosk.	Makrosk.	Poikil
Przed operacyą:							
—	20 400	5,160.000	$\frac{1}{252}$	78	rzadko	—	—
7/V. *Herniotomia bilateralis* w uśpieniu chloroform., bez krwawienia. Czas trwania 60 min.							
Po operacyi:							
8/V	29·600	5,220.000	$\frac{1}{176·1}$	72	rzadko	—	—
9/V	25·800	4,180.000	$\frac{1}{162}$	65	—	—	—
11/V	22·000	4,380.000	$\frac{1}{199}$	73	rzadko	—	—

Przypadki takie w wieku późniejszym stanowiły w badanym przezemnie materyale względną rzadkość, albowiem na ogólną liczbę 27 przypadków, badanych w tym kierunku,

Tablica *e*).

L. dz. 142/901/ż. *L. P.* l. 7. *Contractura genu post combustionem*

Przed operacyą:							
Data	Liczba ciałek białych	Liczba ciałek czeowon.	Stosunek	% hemoglob.	Mikrosk.	Makrosk.	Poikil.
—	7800	4,900.000	$\frac{1}{628\cdot2}$	77	często	—	—
18/VI. W uśpieniu chloroform. *Operationes plasticae multiplices*. Czas trwania 90 min. Krwawienie nieznaczne.							
Po operacyi:							
w 2 godz. po op.	27600	6,540.000	—	70	dość często	dość często	—
19/VI	17800	6,380.000	$\frac{1}{358}$	75	„	„	—
20/VI	10400	6,620.000	$\frac{1}{636}$	65	rzadko	—	—

mogłem tylko 2 razy je wykazać. Nie wypowiadam zdania mego w formie ostatecznej. Być może, że późniejsze i liczniejsze badania zagadnienia te rozstrzygną; sądzę jednak, że wiek przełomowy, kiedy mikrocyty zaczynają znikać z krwi prawidłowej, leży prawdopodobnie między rokiem siódmym a jedenastym, albowiem najstarszy pacyent w wieku dziecięcym, u którego jeszcze mikrocyty mogłem spostrzegać, miał lat 7, a najstarszy z tychże, u którego składnika tego już nie było, miał lat 11. Wobec podniesionego już faktu, że niezależnie od wieku mikrocyty występowały po operacyi we wszystkich przypadkach, należy uznać to za objaw ogólny, jakim ustrój ludzki w każdym wieku odpowiada na większą lub mniejszą utratę krwi.

Nigdy przed operacyą, a bardzo rzadko po niej spotykałem wielkie czerwone ciałka, t. zw. makrocyty. O znaczeniu tych tworów ze stanowiska operacyjnego nie jestem w stanie powiedzieć nic pewnego. Nie mogę także określić poikilocytozy, spotykanej w okresie pooperacyjnym. Wprawdzie spotykałem ją bardzo często w różnych przypadkach po operacyi; obecność jej jednak we krwi prawidłowej, niejednokrotnie przezemnie spostrzegana w stanie prawidłowym, tj. przed operacyą, obniża jej wartość, jako objawu, spowodowanego samym zabiegiem, jako takim. Być może, iż pewne w każdym razie zwiększenie się jej w okresie pooperacyjnym, a także większa rozmaitość różnorodnych kształtów ciałek czerwonych (Tab. *a*, *e*) da się z czasem wyzyskać przy ocenianiu zmian, w nich zachodzących pod wpływem zabiegu operacyjnego. Badania moje pod wielu względami zgadzają się z badaniami innych autorów, którzy, jak Zenoni (60), Köppe (33), Willebrandt badali krew u królików i psów po znacznych upustach krwi żylnej lub, jak Maclean, śledzili za zachowaniem się krwi w przypadkach wstrząsu (shock) wskutek wewnętrznego krwawienia i wykazali w tych razach zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, zmniejszenie się hemoglobiny, wystąpienie makrocytów i ciałek czerwonych jądrzastych w czasie największego spadku liczby ciałek czerwonych.

Tworów, którebym mógł uważać za rozpadłe ciałka czerwone krwi, nie zauważyłem w żadnym przypadku.

Co do hemoglobiny, to wykazał wprawdzie Mayer (39) że wyniki badań przy pomocy przyrządu Fleischla są nietylko zawisłe od samego przyrządu w razach niedokładnego tegoż wykonania, od oświetlenia, napełnienia pipety i naczyńka, ale także od indywidualnych cech badacza, jak np. nieprawidłowej wrażliwości niektórych osób na barwę czerwoną, dalej od stanu psychicznego, od czynników natury optycznej, a nawet od czucia mięśniowego. Jestto nietyle oznaczenie ilości hemoglobiny, ile ocena natężenia zabarwienia krwi. Granice omyłki przekraczają nieraz więcej niż 10%.

Biernacki (9) odmawia hemoglobinometryi wszelkiej wartości praktycznej dla lekarza i uważa tylko wyniki higremometryi za miarodajną ocenę stanu niedokrewności, zwłaszcza że sposób ten badania, jako najbardziej dokładny, pozwala łatwo wykryć nawet zmiany bardzo nieznaczne, objawiające się wodnistością krwi. Z pomiędzy przyczyn, dla których uważa sposób kolorymetryczny za nieścisły, podaje fakt stwierdzony i przez innych autorów, że we krwi ubogiej w tlen, a więc ciemnej, stwierdza się sposobem kolorymetrycznym większe ilości hemoglobiny, niż te, które w prawidłowej krwi się znajdują, w jaśniejszej zaś krwi znajdowano niższe liczby, z których wypadałoby rozpoznać niedokrewność w tych razach, w których właśnie jej nie było.

Aby rozstrzygnąć, czy przy użyciu sposobów, dotąd praktycznie używanych, tj. czy z liczby c. czerwonych i z ilości hemoglobiny, oznaczonej przyrządem Fleischla, bez metody higremometrycznej można powziąć wyobrażenie o stanie krwi danego osobnika, ocenić stopień i typ niedokrewności, kontrolować jej przebieg i czy wreszcie z ilości tych można wnioskować o ilości wody we krwi, — Czernecki na klinice Gluzińskiego (16) przedsięwziął cały szereg badań nad różnego rodzaju niedokrwistościami. Obliczał on liczbę c. czerwonych i białych, ilość hemoglobiny przyrządem Fleischla, dalej wskaźnik zabarwienia każdego ciałka, a nadto równocześnie oznaczał ilość wody we krwi sposobem wagowym. Na podstawie wyniku swych badań twierdzi on, że wprawdzie higremometrya jest metodą, zasługującą na wprowadzenie jej do praktycznego użycia, przy badaniach dokładniejszych jest ona bowiem najściślejszą, jest jednak technicznie za trudną dla lekarza praktycznego. Dla praktycznego oceniania stopnia niedokrewności wystarcza oznaczenie liczby c. czerwonych, ich postaci i % hemoglobiny dotychczasowym sposobem.

Dla badań klinicznych, porównawczych, zwłaszcza jeżeli cały szereg badań przeprowadza jeden i ten sam badacz i tym samym przyrządem, oznaczenie kolorymetryczne hemoglobiny wystarcza w zupełności. Zachowanie się hemoglobiny w przypadkach badanych przezemnie okazało się różnorodnem i nie równoległem ze zmianami ilościowemi ciałek krwi czerwonych. W większej liczbie przypadków zmiany były we dwie godziny po operacyi tak niestałe i nieznaczne, że stan ten muszę przyjąć za niezmieniony w stosunku do stanu przedoperacyjnego. Natomiast w następnych dniach ilość hemoglobiny znacznie się zmniejszała; szczyt zmniejszenia przypadł na czas od 3—5 dnia, poczem powracała do stanu przedoperacyjnego.

Zmniejszanie się to hemoglobiny występowało bardzo wybitnie, przedewszystkiem jednak w tych przypadkach, w których do uśpienia był użyty chloroform, natomiast były tylko nieznaczne w przypadkach, w których była stosowana tropakokaina. Na dodatni wpływ chloroformu wskazują naj-

lepiej porównania przypadków, w których dokonano li tylko uśpienia chloroformowego z przypadkami, gdzie wstrzyknięto w kanał rdzeniowy 0,08 tropakokainy w 2% wodnym roztworze bez jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. (Patrz obok załączone 4 tabliczki *f, g, h, j*).

Tablica *f*).

L. dz. 68/94/5. *S. M.*, l. 40, służący; osobnik dobrze zbudowany z objawami akromegalii. Przyjęty 26/I 1905. Rozpoznanie: *Struma parenchymatosa.*

Data	Ilość hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Temp.
Przed uśpieniem chloroformem:					
16/II na czczo	95	4,000.000	6,200	84	36
16/II podczas 1-godzinnej narkozy chloroformowej zużyto 45 gr. chloroformu. Po uśpieniu chloroformowem:					
w 2 godz.	90	4,632.000	8,000	—	—
w 7 godz.	90	4,833.280	6,400	84	35·8
17/II	100	4,600.000	8,000	88	35·8
18/II. Wykonano: *resectio strumae* w uśpieniu chloroformowym, trwającem 80 minut, przytem zużyto 100 gr. chloroformu; krwawienie średnie. Po zabiegu operacyjnym w chloroformie:					
w 1½ g.	84	5,032,800	10.400	—	—
19/II	88	5.096.000	22,800	104	37 38
20/II	95	4,600 000	14,600	108	36·8
21/II	80	4,000.000	10,200	100	36·6
24/II	88	4,132,000	7,200	92	36

Tam, gdzie stosowano chloroform, znajdujemy spadek hemoglobiny po upływie dwóch godzin od czasu uśpienia ze 102 podziałek Goversa na 85 (g) tabl. X i z 95 na 90 (f) tabl. IX. Wpływ samego zabiegu operacyjnego na zachowanie się hemoglobiny był już znacznie mniejszy. Wynika to z faktu, że tam, gdzie uśpienie chloroformowe połączone było z wykonaniem tego lub innego zabiegu operacyjnego, spadek ilości hemoglobiny był mniej więcej taki sam, jak w przypadku zastosowania li tylko chloroformu bez wykonania jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego; np. w przypadku (g) tabl. X (*hernia inguinalis dextra*), operowana sposobem Bassiniego w uśpieniu chloroformowem, trwającem 40 minut i przy zużyciu 75 grm. chloroformu, po upływie trzech godzin od operacyi opadła hemoglobina z 95 na 80; w przypadku (f) tabl. IX (*struma parenchymatosa*) po operacyi w uśpieniu chloroformowem, trwającem 80 minut i przy zużyciu 100 grm. chloroformu i małem krwawieniu opadła hemoglobina w 1½ godziny po operacyi ze 100 na 84.

Inaczej rzecz się miała z tropakokainą: tu bowiem, jak to widać z załączonych tablic (*h, j*), ilość hemoglobiny, znajdowana zarówno w ciągu pierwszych godzin, jak i w ciągu całego szeregu dni następnych po zastosowaniu tylko tropakokainy bez zabiegu, pozostawała prawie bez zmian.

Tablica *h*).

L. dz. 114/94/5. *G. P.*, lat 26, wyrobnik. Rozpoznanie: *hernia inguinalis dextr. obliqua.* Przyjęty 21/II 1904.

Data	Ilość	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Temp.
Przed wstrzyknięciem tropakopainy:					
24/II na czczo	98	5,450.000	5.200	80	36
24/II zastrzyknięto 0,08 tropakokainy w roztworze 2% w ilości 4 cm.³ roztworu. Po wstrzyknięciu 0,07—0,08 tropakokainy:					
w 3 godz.	98	5,600.000	7,000	72	36
w 7 godz.	96	5,200.000	12,200	—	36 36
25/II na czczo	95	4,296.000	11,400	64	36·2 36
26/II na czczo	98	3,796.000	11,200	64	36·2 37
27/II na czczo	95	5,449.000	12,200	64	37 36·6
28/II	95	4.379.600	5,400	64	36·8 37
1/III. Operacya w znieczuleniu lędźwiowym 0,08 tropakokainy wykonano *oper. radicalis m. Bassini.* Po zabiegu w tropakokainie:					
w 3 godz.	98	4,766.400	22,600	80	37·2
w 6 godz.	90	4,500.000	22,000	—	36·2 37·2

Po dużych krwawieniach (patrz tabl. *a—b* w poprzednim Nr. „Przeglądu lekarskiego" i poniżej załączoną krzywę *z*) operacyach kostnych hemoglobina zmniejsza się, jednak niezależnie od rodzaju znieczulenia, prawie do połowy pierwotnej ilości i to już po upływie pierwszych 2 godzin po operacyi. — I tu można było zauważyć równoległość zmniejszania się hemoglobiny w stosunku do zmniejszania się liczby ciałek czerwonych.

Grube znajdował w licznych przypadkach po uśpieniu chloroformowem, w moczu oprócz bardzo nieznacznej ilości białka mucinurię i często urobilinurię. Tłómaczy on to licznem zniszczeniem ciałek czerwonych i barwika krwi pod wpływem chloroformu. Moczu na zawartość urobiliny nie badałem, spostrzegałem tylko w przypadkach, w których sen chloroformowy trwał długo, ciemniejsze jego zabarwienie. Grube, przeprowadzając badania moczu, nie badał równocześnie krwi; pomimo to pojawienie się urobiliny w moczu przypisuje rozpadowi samych ciałek czerwonych.

Oprócz działania chloroformu i obfitego krwawienia,

powoduje spadek ilości hemoglobiny i podniesiona często ciepłota.

White (55) liczył ciałka czerwone krwi przed i po laparotomiach, a mianowicie w 5 godz. po operacyi, a potem co 24 godzin aż do wyzdrowienia — i znajdował, że długotrwałe działanie chloroformu wyraża się w zmniejszeniu się liczby ciałek czerwonych. Mojem zdaniem zmniejszenia się ciałek czerwonych, spostrzeganego przez Whitea, nie należy kłaść w całości na karb tylko działania chloroformu; mogły tu działać inne czynniki, wchodzące w grę przy operacyi.

Dwa wyżej wymienione przypadki badania krwi po zastosowaniu chloroformu, — jeden 45 grm. w przeciągu 1 godziny, drugi również 45 grm. w 1 godzinie, bez równorzędnego wpływu samego zabiegu operacyjnego, nie okazały zmniejszenia się liczby ciałek czerwonych, ujawniły natomiast wielkie różnice w ilości hemoglobiny, spostrzeganej przed i po użyciu chloroformu.

Przy badaniu zasadowości krwi metodą Loewyego nie mogłem dojść do stanowczych wniosków co do zachowania się jej po operacyach. Liczby wypadały z różnemi wahaniami. W przeważnej liczbie przypadków mogłem jednak zauważyć, że z powiększeniem się ilości ciałek czerwonych zwiększała się i alkalescencya; w niektórych przypadkach z podnoszeniem się ciepłoty powiększała się również alkalescencya.

Tablica *g*).

L. dz. 87/904/5. *H. J.*, l. 38, murarz, dobrze zbudowany, przyjęty 13/II 1905. Rozpoznanie: *Hernia inguinalis dextra recidivans.*

Przed uśpieniem chloroformowem:					
Data	Ilość hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Temp.
17/II na czczo	102	5.400.000	11.000	76	36·4
17/II podczas 45 min. narkozy zużyto 40 gr. chloroformu. Po uśpieniu chloroformowem:					
w 2 godz.	85	5,896.000	9,400	—	—
w 7 godz.	84	4,331 000	7,600	72	36·4
18/II	95	4,600 000	8,000	72	36 6
18/II. Wykonano: *operatio radicalis m. Bassini* w uśpieniu chloroformowem, trwającem 40 minut, przyczem zużyto 75 gr. chloroformu. Krwawienie minimalne. Po zabiegu operacyjnym w chloroformie:					
w 3 godz.	80	3,803,200	14,200	—	—
19/II	95	5,800.000	14.800	84	37·2
20/II	98	4,700.000	14,200	80	36·6
21/II	100	5,200.000	8,600	80	37·2
24/II	88	4,528 000	5,200	80	36·2

Najbardziej uderzającym faktem w zachowaniu się białych ciałek krwi w przebiegu pooperacyjnego aseptycznego gojenia się ran, jest zwiększenie się liczby białych ciałek.

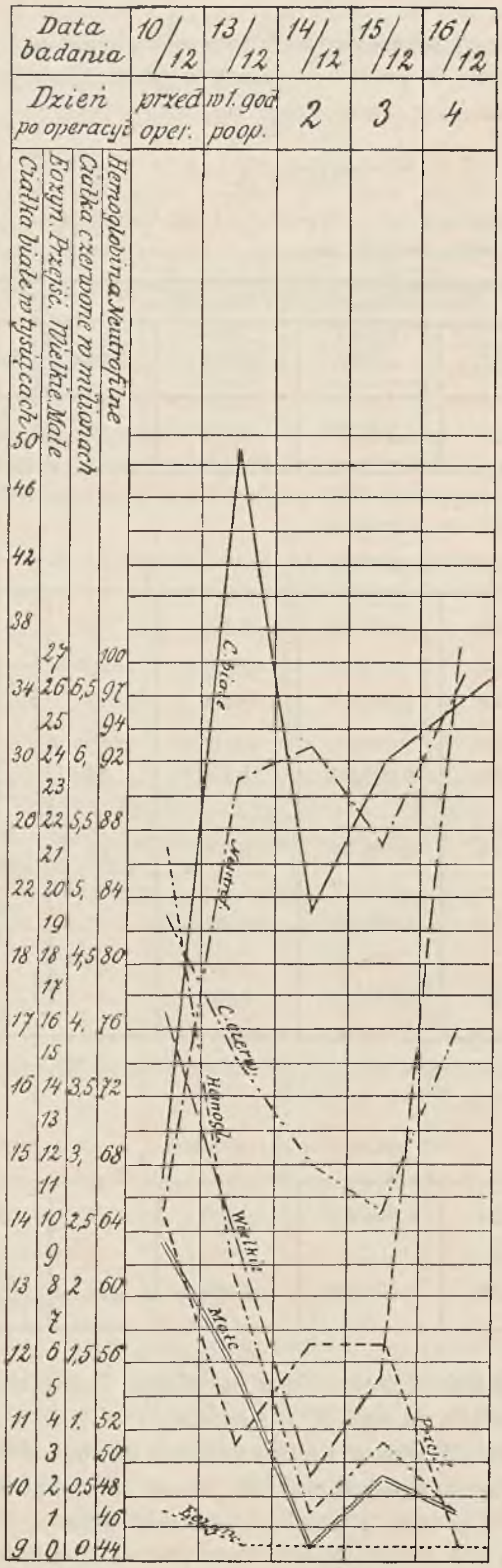
Tablica *j*).

L. dz. 100/904/5. *S. J.*, wyrobnik, l. 39. Rozpoznanie: *Hydrocele bilateralis.* Przyjęty 23/II 1904.

Przed wstrzyknięciem trapokokainy:					
Data	Ilość hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Temp.
24/II na czczo	97	5.400,000	6,600	60	36 8
24/II zastrzyknięto 0,07 tropakokainy w rozczynie wodnym 2% w ilości 3·5 cm.³ rozczynu. Po wstrzyknięciu 0,7—08 tropakokainy:					
w 2 godz.	98	5,449.600	6,800	—	—
w 7 godz.	96	4,500.000	12,600	74	36·8 37·2
25/II	98	6 408.000	13,200	64	37 56·6
26/II	95	5,000.000	5,600	64	36·4 36·2
27/II	95	4,660.000	10,200	76	36·2 36 6
28/II	99	4.640,600	6,600	80	36·8 36·6
2/III operacya w uśpieniu chloroformowem m. Winkelmann po obu stronach. Trwała 60 minut. Po zabiegu w chloroformie:					
w 3 godz.	92	5,200.200	20,600	84	37
3/III	98	5.200.000	14,600	96	37·2 38·8

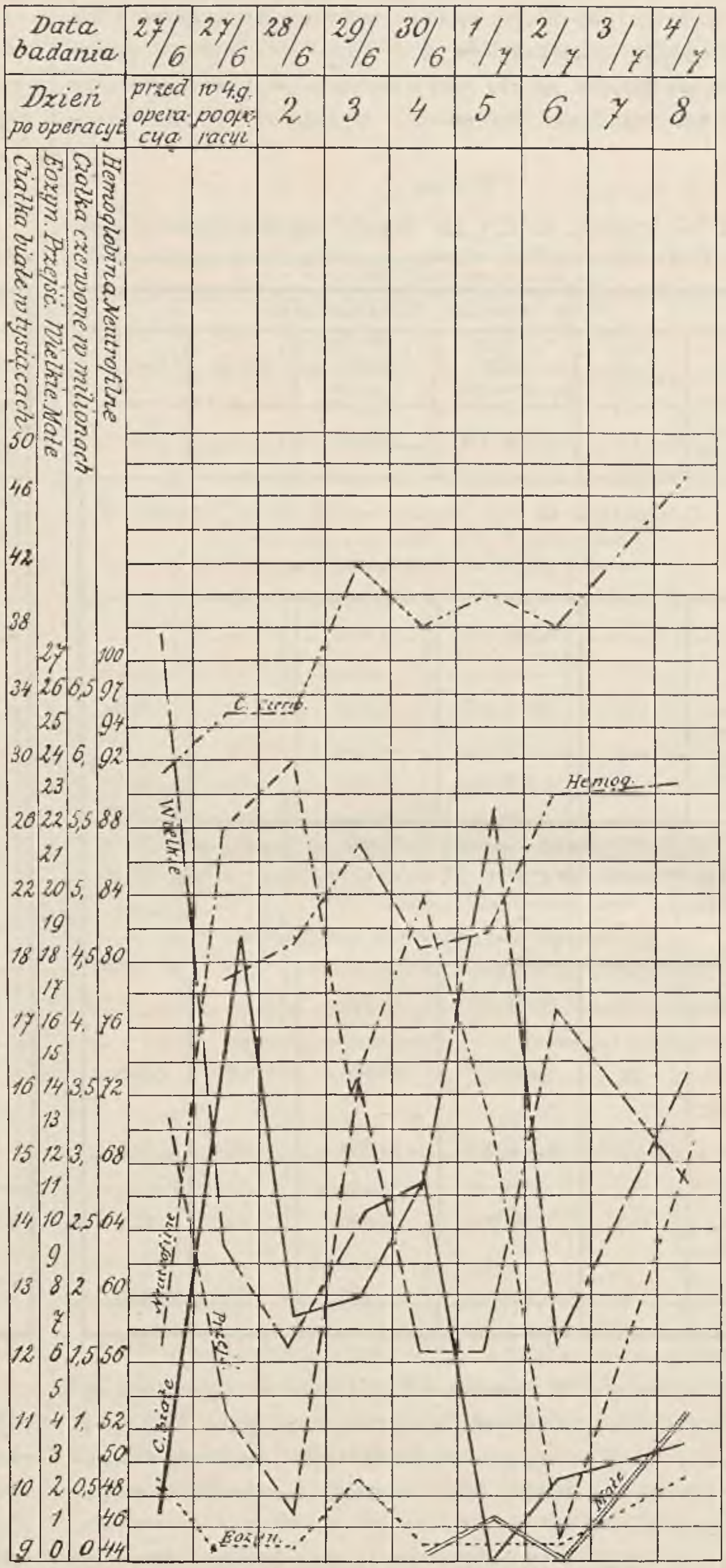
W większości przypadków *maximum* liczby białych ciałek przypadało na czas kilku godzin (1—2—4) po operacyi i już we 24 godzin następowało ich zmniejszenie. Powrót do normy następował czasami już na trzeci dzień, t. j. po upływie 48 godzin, najczęściej na 4-ty dzień i rzadko tylko dokonywał się w czasie dłuższym. — Ilościowo nie przechodziła leukocytoza ta nigdy potrójnej liczby ciałek białych, znalezionych przed operacyą. Po powrocie do stosunków przedoperacyjnych liczba ciałek białych przechodziła okres kilkudniowych wahań. Po pierwszem zwiększeniu się ilości leukocytów następował zwykle szybki spadek, potem ponowne podniesienie się ponad poziom prawidłowy. To ostatnie nie dochodziło jednak tej wysokości. Po tem ponownem podniesieniu się następował wreszcie zwykle dosyć szybko powrót do normy przedoperacyjnej, jaka występowała w kilka godzin po operacyi. Zjawisko to występowało stale po każdej operacyi, nawet w przypadkach b. niewielkich zabiegów i nieznacznego krwawienia (patrz krzywa β).

Krzywa α).



L. dz. 71 901/2. *S. J.*, lat 26. *Sarcoma bulbi sin. recidiv.* — 13/XII. *Extirpatio tumoris c. trepanatione* w chloroformie, trwanie 2 godz. — krwawienie obfite.

Krzywa β).



L. dz. 277/901 2. *Hernia inguin. dextr. libera.* — 27/VI *operatio radicalis modo Bassini* w znieczuleniu tropakokainy 0,06. krwawienie prawie żadne — przebieg bezgorączkowy. Rana zagojona *per primam*.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prawo i obowiązek operowania.

W jednem ze stołecznych miast monarchii austryackiej przywieziono do szpitala 11-letniego chłopca, który uległ powikłanemu złamaniu kości sprychowej. Rana była otwarta i zakażona, wyraźne objawy złośliwego obrzęku i zatrucia krwi, czyli innemi słowy — zabieg operacyjny był wskazany i to jak najprędzej dla ratowania życia. Co było jednakże robić, kiedy chłopiec nie był pełnoletni, a więc nie samowolny, a ojciec jego właśnie był wyjechał do sąsiedniego miasteczka. Odniesiono się więc telegraficznie do ojca o pozwolenie na amputacyę. Tymczasem dyrekcya szpitala zwróciła się w krótkiej drodze do sądu powiatowego, krajowego i krajowego wyższego z zapytaniem, co w danym przypadku robić? I oto na-

deszły następujące trzy odpowiedzi: Jeden prawnik powiedział, że zabieg można wykonać, drugi, że bez zezwolenia ojca zabiegu nie można dokonywać, a trzeci funkcyonaryusz-prawnik orzekł, że można dokonać operacyę, jeśli nie przyjdzie odpowiedź od ojca, pozwalająca na amputacyę, że jednak nie wolno operować, jeśliby ojciec nie dał zezwolenia...

Odpowiedzi te sprawy stanowczo nie załatwiają, ani nie są pewnym drogowskazem dla lekarzy. Czy czekać odpowiedzi i jak długo? A może ojciec biednego chłopczyka jest niesumiennym, otrzymany telegram przeczyta i rzuci, nie dawszy odpowiedzi? Dlaczego chłopiec ma w danym razie z powodu niedbalstwa karygodnego i lekkomyślnej niesumienności swego ojca stracić życie? Dlaczego ustawa zostawia chore dzieci na łasce i niełasce ojców, względnie opiekunów, którzy przecie niekoniecznie muszą być sumiennymi, a nawet dość mądrymi, dlatego tylko, że są rodzicami, względnie opiekunami?

Jak jednak jasno z przytoczonych odpowiedzi wynika, stoi ustawa na tem stanowisku, że ojciec ma pozostawione do woli pozwolić lub zabronić, a lekarz, znalazłszy się w podobnym przypadku, jak powyższy, jest w kolizyi między prawem, a obowiązkiem. Obowiązek mu każe ratować życie, — a prawo każe czekać pozwolenia opiekuna. Jeśliby dokonał zabiegu, nie doczekawszy się pozwolenia, to prawdopodobnie sędzia by go uwolnił, jeśliby wynik zabiegu był szczęśliwy; — prawie na pewno jednakby go skazał, jeśliby się nie udało chorego uratować. A przecie wynik operacyi nie zależy tylko od operatora.

Istnieje zatem luka w ustawie i to luka nie do przebycia. W całej naszej ustawie cywilnej jest wzmianka o lekarzu, nie biorąc w rachubę ustawy małżeńskiej, raz jeden, i to tylko tam, gdzie mowa o wynagrodzeniu za pracę przy t. zw. »*Lohnvertrag*«, „kontrakcie pracy", a słowa „operacya", „zabieg operacyjny" w całej ustawie cywilnej nie znajdujemy.

Poważne budzi również rozmyślania pytanie, jak się ma zachować lekarz wobec człowieka pełnoletniego, a więc zdolnego do stanowienia o sobie, u którego zachodzi potrzeba dokonania zabiegu natychmiastowego dla ratowania życia? Lekarz niema prawa w takim przypadku (n. p. uwięznięta przepuklina, obrzęk głośni i t. d.) działać wbrew woli chorego. A jednak zdarzało się już w praktyce, że lekarze działali wbrew woli chorego i że wbrew jego woli go uratowali. I tak można w przepięknej rozprawce profesora J. Faurea w wiedeńskim dzienniku „Die Zeit", w rozprawce p. t. „Dusza chirurga" wyczytać, że dwa razy uśpił chorych z uwięzniętą przepukliną przemocą, mimo ich woli. Operował ich i wbrew ich woli uratował. Kiedy pacyenci wrócili do zdrowia, oni sami pierwsi dziękowali za dokonany na nich gwałt. Wyraźnie pisze J. Faure, że w podobnym przypadku zawsze z uporem bezmyślnym w ten sposób postąpi. Faktem jest jednak, że Faure, gwałcąc swoich chorych, przekroczył ustawę: pytam się jednak, który sędzia z ludzkiem sumieniem i sercem miałby odwagę Faurea skazać i ukarać? Czy Faure zrobił źle, czy dobrze? Czy czyn jego byłby karygodny, gdyby pacyent po zabiegu był z jakiejkolwiek przyczyny zginął?

W tym samym czasie, kiedy Faure ogłosił swoją rozprawkę w „Zeit", składał sprawę prof. Alfred Valenta w „Centralblatt für Gynäkologie" o pęknięciach macicy. Podaje tam, że na 16 przypadków uratował tylko 5 i żali się, że trzy przypadki przywieziono do zakładu w stanie beznadziejnym, a inne trzy przypadki na zabieg się nie zgodziły. A więc właściwie z 9 przypadków, dających możliwość wyleczenia, uratował 5, czyli więcej, niż połowę. „Korzystniejszą byłaby moja statystyka", pisze Valenta", gdybym we wszystkich przypadkach mógł był przystąpić zaraz do laparotomii... Nie mogłem jednak tak postąpić, gdyż w dzisiejszych krytycznych czasach trzeba przedewszystkiem dostać pozwolenie od chorego, a ja zasadniczo moich pacyentów ani nie przymuszam, ani nigdy nie będę przymuszał, gdyż uważam taki sposób postępowania za bardzo niebezpieczny dla lekarza wobec dzisiejszych prądów, nurtujących społeczeństwo, a dla stanu lekarskiego nieprzychylnych".

Zestawiłem powyżej dwa krańcowo przeciwne zapatrywania lekarzy. Faure operuje i ratuje chorych wbrew ich woli, — Valenta patrzy spokojnie na umierające chore, skoro nie chcą zgodzić się na zabieg. Faure ma słuszność, Valenta postępuje wedle prawa. Słuszność i prawo znowu w tych przypadkach nie dadzą się z sobą pogodzić, — a więc znowu luka w ustawie, znowu przepaść nie do pokrycia między prawem a obowiązkiem.

Tą właśnie sprawą, sprawą kolizyi między prawem a obowiązkiem lekarza, zajmuje się bardzo zajmująca rozprawka, obecnie będąca bardzo na czasie, prymaryusza Konrada Büdingera [1]).

[1]) Die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1905 — przytocz. wedle pracy Adolfa Hinka w „Wiener klin. Rundschau" Nr. 13, p. 224, r. 1905.

Autor roztrząsa w swojej pracy powyższe zagadnienia ze stanowiska lekarskiego i prawniczego i dochodzi do wniosku, że na zapatrywania prawników i kryminalistów w tej sprawie częstokroć lekarze zgodzić się nie mogą i uznaje za zrozumiałe samo przez się, że lekarze muszą godzić się zasadniczo na fakt, że chory ma prawo stanowienia o sobie. Powinno się jednak, jak powiada, ustalić granice tego prawa stanowienia o sobie.

Nie wolno wykonywać żadnego zabiegu lekarskiego bez wyraźnego zezwolenia chorego, względnie jego opiekuna. Zezwolenie takie wystarcza, o ile chodzi o zabieg, mający na celu usunięcie jakiejś cielesnej nieprawidłowości lub zapobieżenie chorobie i o ile chodzi o zabieg, którego sposób wykonania i wskazania zgodne są z uznanymi przepisami naukowymi. Stąd więc wynika n. p., że niedopuszczalne jest, mimo zezwolenia chorego, wytrzebienie, dokonane w celu wywołania niepłodności, lub też zabieg, który jest błędem w sztuce (*Kunstfehler*).

Utrata członka, widoczne zniekształtnienie, utrata lub upośledzenie narządu, którego brak wywołuje ważne zmiany, wogóle każde dla chorego widoczne zaburzenie w czynności ustroju wymaga obok ogólnej zgody na zabieg jeszcze szczególnego zezwolenia. Ponadto żąda Büdinger, żeby lekarz ściśle i dokładnie określił widoki i niebezpieczeństwo zabiegu, uzasadnił propozycyę i objaśnił konieczność, jakoteż złe strony operacyi.

Od tej zasadniczej reguły są jednak wyjątki, a mianowicie, jak je autor nazywa, »*die Nothoperationen*« — zabiegi z konieczności. Tu należą przedewszystkiem zabiegi dla ratowania życia, — a więc tak gwałtownie potrzebne, że z braku ich chory wedle ludzkiej rachuby zginąłby w ciągu kilku sekund, lub minut. Tam zaś, gdzie śmierć wedle ludzkiej rachuby mogłaby nastąpić dopiero po godzinach lub dniach, tam przyznaje Büdinger choremu w całej rozciągłości prawo stanowienia o sobie, — chyba, że chory jest nieprzytomny, lub że konieczność operacyi takiej zjawiła się wśród dokonywanego zabiegu. Büdinger zatem najzupełniej potępia postępowanie Faura.

Dlatego też Büdinger twierdzi, że dozwolony jest u samobójcy rękoczyn, którego zaniechanie sprowadziłoby natychmiastową śmierć; — nie godzi się zaś bez zastrzeżeń na rękoczyn, nawet konieczny, który usuwa niebezpieczeństwo, groźne dla życia dopiero po kilku godzinach lub dniach. Mimoto jednak zgadza się, że wolno u samobójcy po zatamowaniu krwotoku natychmiast bez pytania się zeszyć n. p. ścięgna, — jako na rzecz samo przez się zrozumiałą.

Ponadto rozróżnia Büdinger jeszcze konieczne operacye, t. zw. odległe (*entfernte Nothoperation*), — t. j. takie, których wskazanie wylania się wśród operacyi, n. p. wśród lewostronej owaryotomii napotyka chirurg na rozpoczynające schorzenie rakowe prawego jajnika. Usunięcie prawego jajnika uważa autor za wskazane i uzasadnione.

Wreszcie zastanawia się Büdinger nad zabiegami, dokonywanymi nie w celach leczniczych, ale dla korzyści osób trzecich i nad doświadczeniami na ludziach. Do zabiegów, dokonywanych dla osób trzecich, należy n. p. przetoczenie krwi, przeszczepianie skóry i t. d. Do przetaczania krwi lub przeszczepiania skóry nie wolno bezwzględnie nigdy używać dzieci. Nie można także z etycznego punktu widzenia usprawiedliwić owego lekarza, który przyszył i wgoił amerykańskiemu milionerowi płatek ucha, odcięty biedakowi za pieniądze, chociaż się to stało publicznie i z wolą i wiedzą owego biedaka.

Bezwzględnie niedopuszczalne są wszelkie doświadczenia „dla naukowych celów", nawet na nieuleczalnych. Wyjątek tu stanowią tylko owe najdrobniejsze skaleczenia, tak drobne, że się na nie nawet nie zwraca uwagi w codziennem życiu, n. p. ukłucie palca igiełką dla otrzymania kropli krwi i t. p.

Oto w zarysie myśli Büdingera w tej sprawie. Rozprawka na ten temat, chociażby była jak najbardziej wyczerpująca, nie może objąć tysiącznych przypadków i kolizyj, które życie lekarzowi przynosi; najobszerniejszy zbiór przepisów nie pomieści wszystkich możliwych kombinacyi, spotykanych w praktyce. Zresztą „co głowa, to rozum!" I dlatego zawsze będą z jednej strony chirurdzy, którzy sobie stworzą prawo do operowania, jeśli będą przekonani, że mają obowiązek, a z drugiej tacy, którzy obowiązek poświęcą luce w ustawie.

Że żadne pisane przepisy nie obejmą nigdy bezwzględnie każdego przypadku, pozwolę sobie przytoczyć następujący dowód:

Między operacyami koniecznemi bywają takie, które są niezbędne dla ratowania życia natychmiast, w ciągu kilku sekund lub minut i takie, z któremi można czekać kilka godzin, a nawet kilka dni. Czy do tego drugiego rodzaju przypadków należy zaliczyć n. p. ropień w migdałku, trudno na pewne rozstrzygnąć. Ropnie w migdałku spotyka lekarz-praktyk bardzo często, a prawie zawsze ropa

przebija się do jamy ustnej tak, że zupełnie bez zabiegu chory wraca do zdrowia. Czyż jednak nie zdarzały się przypadki, że ropa, przeżerając tkanki w głąb, otwarła jakieś wielkie naczynie i chory się zakrwawił? (Taką podobno śmiercią zginął genialny młody malarz polski Maurycy Gottlieb, rokujący olbrzymie nadzieje. Na otwarcie ropnia nie dał się w żaden sposób namówić). A więc czy wśród ropnia migdałkowego jest zabieg konieczny, czy nie? Odpowiedź nie tak łatwa, jak się w pierwszej chwili zdaje.

Pozwolę sobie w końcu podać wskazówki, jakie w omawianej kwestyi można zaczerpnąć z kodeksu austryackiego*):

Na pytanie, czy lekarz ma prawo, względnie obowiązek, przedsiębrania operacyi na nieletnim, prawnie niezdolnym do zawierania umów, lub na osobie, stale lub chwilowo pozbawionej używania zmysłów, a więc na osobie z natury rzeczy niezdolnej do umów, ustawa austryacka cywilna nie daje odpowiedzi wprost. Kwestyę tę rozstrzygnąć można z analogii. I to tak: o ile zachodzi niebezpieczeństwo dla życia i bezzwłoczny zabieg jest konieczny, należy dać odpowiedź potwierdzającą (t. zn. wolno operować), chociaż nie ma osoby uprawnionej do zezwolenia (ojciec, opiekun). O ile operacya nie musi zaraz nastąpić i można się odnieść do rodziców, opiekunów, względnie krewnych, należy to pierwej uczynić. O ile lekarz dokonał operacyi na niezdolnym do stanowienia o sobie, gdzie nie było zezwolenia, to odpowiedzialność za zabieg ponosić może lekarz tylko za błąd w sztuce, a więc jeśli dokonał zabiegu niepotrzebnego, choćby udałego, albo jeśli przedsięwziął zabieg potrzebny, ale źle go dokonał.

Na osobie pełnoletniej przytomnej nie wolno wbrew jej woli dokonywać operacyi. Gdyby lekarz operował wbrew woli osobę pełnoletnią przytomną, to może stać się odpowiedzialnym i cywilnie, nawet jeśli operacya była potrzebna i udała się, — to wśród okoliczności nawet karnie może odpowiadać. Tu ponosić może lekarz odpowiedzialność i za błąd w sztuce, jak powyżej, i za brak zezwolenia.

Że lekarz może w takim przypadku odpowiadać cywilnie, niechaj posłuży następujący przykład: Lekarz operuje adwokata wbrew jego woli. Adwokat z tej przyczyny nie może nazajutrz stanąć do rozprawy, która się nie da odroczyć, a do której nie może wysłać już innego pełnomocnika. Wtedy lekarz może odpowiadać cywilnie, to znaczy musiałby odszkodować adwokata.

Tak ogólnikowo wyglądają drogowskazy, pisane na podstawie ustawy austryackiej; co jednak lekarz ma robić w najrozmaitszych przypadkach, jakie napotyka w praktyce, tego żadna ustawa mu nie wskaże i kolizya między prawem a obowiązkiem operowania będzie zawsze na porządku dziennym. *Dr. Stahr.*

*) Powyższe uwagi prawnicze zawdzięczam uprzejmości jednego z panów prawników.

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. J. Zeitner. **O rytmicznych tętniących ruchach głowy przy chorobie Basedowa.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1905, Nr. 19). Rytmiczne ruchy głowy, współczesne z tętnem, zostały po raz pierwszy opisane przez Pawła de Musseta, który je spostrzegał na swoim bracie, znanym poecie Alfredzie de Musset, cierpiącym na niedomogę aorty. Objaw ten, zwany objawem Musseta, spostrzegany był przez wielu autorów przy tętniakach łuku aorty, w niedomodze aorty i rozlanej miażdżycy. Także w oddziele profesora Schlesingera w Wiedniu miał autor sposobność niejednokrotnie napotykać ten objaw w powyższych cierpieniach. Nadto spostrzegał Z. ten objaw w czterech ściśle klinicznie przedstawionych przypadkach choroby Basedowa, czego dotąd w piśmiennictwie nie opisywano. W trzech przypadkach objaw ten był wybitny, w czwartym tylko zaznaczony. Przechodząc kolejno wszystkie dotychczasowe wyjaśnienia tego objawu, dla żadnego z nich autor nie znajduje dostatecznego wytłómaczenia, w jaki sposób objaw Musseta powstaje przy cierpieniu Basedowa. Według Zeitnera silne skurczowe rozszerzanie się dużych naczyń wywołuje w okolicy szczęki dolnej ścieśnienie przestrzeni i głowa skutkiem tego przechyla się ku górze; opadanie zaś głowy pod wpływem własnego ciężaru ułatwione bywa dzięki zmniejszeniu się wypełnienia tętnic w rozkurczu. Przy przechyleniu głowy ku przodowi ścieśnienie przestrzeni jest znaczniejsze, a warunki są łatwiejsze dla powstania objawu Musseta. Wyjaśnienie to tłómaczy nam również powstanie tego objawu przy cierpieniach aorty. *Dr. Blassberg.*

Gechtman. **Przyczynek do patologii nerek.** (*Russkij Wracz* 1905, Nr. 7). G. przeprowadził w pracowni prof. Reprewa (Charków) szereg doświadczeń w celu oznaczenia tej ilości tkanki nerkowej, po wycięciu której następuje śmierć zwierzęcia, oraz zbadania przemiany azotu u psów z wyciętymi kawałkami nerek. Doświadczenia były pomyślane w ten sposób, że po wycięciu jednej nerki, G. wycinał z drugiej $^1/_3$, $^1/_2$, wreszcie $^2/_3$ części. W drugim szeregu doświadczeń, dotyczącym przemiany materyi, S. wycinał $^1/_2$ istoty rdzeniowej jednej nerki i całą istotę korową drugiej, lub całą istotę rdzeniową w jednej i istotę korową w drugiej, lub $^1/_2$ istoty rdzeniowej w jednej i całą w drugiej, lub wreszcie całą istotę rdzeniową w obydwóch nerkach. Przemianę azotową S. badał przed rękoczynem, i w 2—3—4 miesiące po operacyi. Wyniki tych doświadczeń są następujące: 1) wycinanie $^3/_4$ ogólnej ilości tkanki nerkowej nie sprowadza śmierci; większe wycinanie sprowadza ją; 2) tkanka nerkowa częściowo odradza się, częściowo wykazuje zmiany przerostowe, częściowo zaś zmiany zwyrodnienia; 3) po wycięciu istoty rdzeniowej powstaje po upływie 3—5 miesięcy obraz, przypominający śródmiąższowe zapalenie nerek, mianowicie ilość moczu podnosi się nieraz o 30 razy (z 200—300 do 7000—8000 ctm. sz.), ciężar właściwy obniża się do 1,003—1,008, mocz najczęściej nie zawiera białka, lub tylko ślady jego, osadu drobnowidowego prawie niema; po upływie pewnego czasu po operacyi występują objawy, podobne do mocznicowych (wymioty i inne); 4) przemiana azotowa ulega zawsze jakościowo pogorszeniu; ogólna ilość azotu zostaje prawie tąż samą, ilość zaś mocznika po operacyi zmniejsza się do 8%—10%. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Złatogorow. **Spostrzeżenia nad epidemią cholery w Persyi w roku 1904. Drogi jej szerzenia się, leczenie i szczepionki ochronne.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 48—49). Docent Złatogorow (Petersburg) podaje wyniki swoich spostrzeżeń nad cholerą w Tawryzie w roku 1904 od 30/VIII do 1/XI, poczynionych na 460 chorych. Tylko w pięciu przypadkach wystąpiła t. zw. sucha postać cholery, bez wymiotów i biegunki; w innych zaś cholera wybuchała ze wszystkimi klasycznymi objawami, mianowicie wymiotami, biegunką, kurczami i szybkim zapadem czynności serca. Sucha postać cholery trwała nie dłużej nad 6 godzin: człowiek zupełnie zdrowy uczuwał nadzwyczajne osłabienie w nogach i rękach; kończyny szybko stawały się lodowato zimnemi, nieraz występowały kurcze, czynność serca szybko obniżała się; wszyscy chorzy na tę postać pomarli w stanie nieprzytomnym w ciągu 2—6 godzin. Na 455 reszty chorych spostrzegał Z. dokładnie 393 chorych, z których umarło 120, zatem 30,5%. W tej liczbie w 86 przypadkach objawy cholery były lekkie, w 307 zaś przebieg był ciężki, śmiertelność zaś śród ciężkich przypadów wynosiła 39%. Leczenie, stosowane przez Z., polegało na podawaniu najpierw kalomelu w dawce 0,8 dorosłym i 0,2 dzieciom; jeśli w ciągu 12 godzin charakter wypróżnień nie ulegał zmianie, podawano kalomel ponownie; zwykle wypróżnienia ryżowate stawały się rzadszemi i kał dostawał barwę. Po kalomelu stosowano salol i kofeinę co 3—4 godziny. Dla zwalczenia uporczywych wymiotów, które uniemożliwiały podanie leków, stosowano kokainę, wodę chloroformową, niekiedy zaś okłady lodowe na okolicę żołądka. Podawanie lodu wewnątrz było bezskuteczne i nawet zwiększało wymioty. Wewnątrz przez cały czas podawano chorym do picia przegotowaną wodę, zabarwioną nieco nadmanganianem potasu. Przy wypróżnieniach czystych stosowano ciepłe wysokie lawatywy z fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z dodatkiem nadmanganianu potasowego (0,5—1,0 na dwa litry). Wobec szybkiego zapadu już od samego początku autor wstrzykiwał kamforę pod skórę i przez usta podawał mocną gorącą kawę (przygotowaną tureckim sposobem) i kofeinę. W okresie zamartwiczym stosował autor podskórnie kilkakrotne wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej w ilości 2.000, Z 16 ciężko chorych, u których autor stosował te wlewania, umarł tylko 1 staruszek, liczący lat 62. Przeciw kurczom stosował autor rozcieranie i ogrzewanie gorącymi workami, kąpielami, w niektórych razach wodę chloroformową. Wszystkie te środki lecznicze wywoływały dobry skutek nawet w ciężkich przypadkach, jeśli leczenie było rozpoczęto nie później, niż 12 godzin od zachorowania. Okres wylęgania w przypadkach autora trwał najczęściej około 2 dób; w kilku zaś przypadkach zaledwie kilka godzin, lub wreszcie dochodził najwyżej do 5 dób. W ciężkich przypadkach, zakończonych zejściem śmiertelnem, choroba trwała od 12 godzin do 4 dób. Tyfoid choleryczny wystąpił tylko w 4%. Z 17, zapadłych na tyfoid, wyzdrowiało 2; stan durowy występował zwykle w 5-tym dniu. Z objawów następowych autor spostrzegał różyczkę o cechach przeważnie płoniczych, które trwały przez kilka dni. Podczas całego czasu pobytu Z. w Tawryzie w ciągu 2 miesięcy umarło z cholery niemniej, niż 10.000 osób; liczba ta jest jednak zbyt nizką, ponieważ ludność miejscowa ukrywała chorych; liczbę wszystkich zachorowań

oblicza autor przynajmniej na 20.000. Oprócz leczenia aptecznego choroby, Z. szczepił życzącym sobie tego szczepionki ochronne, t. zw. przeciwcholeryczną „limfę“, która przedstawia zawiesinę z zabitych żarem drobnoustrojów cholery. Autor używał limfy, wyrabianej w Instytucie doświadczalnej medycyny w Petersburgu. Limfa, przygotowana w lipcu, nie wywoływała prawie żadnych ogólnych lub miejscowych objawów, nawet w ilości 1,0 ctm. sz.; przygotowana zaś w sierpniu już w ilości 0,5 ctm. sz., sprowadzała silny odczyn miejscowy, mianowicie, obrzęk, zaczerwienienie skóry, które znikały dopiero po 3—4 dniach, oraz objawy ogólne, mianowicie bole i zawroty głowy, rozłamanie ogólne i gorączkę do 37,8°. Szczepienie powtarzało się trzy razy z przerwą 5—12 dni. Dla 3-go szczepienia używał autor hodowli żywej peptonowej lub agarowej prątków cholery, wyosobnionych z wypróżnień cholerycznych w Tawryzie. Dorosłym wstrzykiwano 0,4—1,0, dzieciom 0,1—0,45 ctm. sz. Hodowle żywe w ilości 0,45 ctm. sz. nie wywoływały objawów miejscowych i gorączki, sprowadzając tylko ogólne osłabienie i ból głowy w ciągu doby. Sam Z. po dokonanych na sobie szczepieniach połknął 5 ctm. sz. żywej peptonowej hodowli (w 2 godziny po śniadaniu). W 4 godziny wystąpiło rozwolnienie; po trzecim stolcu autor zażył kalomelu; wieczorem tegoż dnia t^0 wynosiła 37,4°, ogólne niedomaganie; wymiotów nie było; nazajutrz Z. czuł się zupełnie zdrowym. Znaczenie szczepień ochronnych dobitnie uwydatnia ten fakt, że śród zaszczepionych zachorowało 2,1%, umarło 0,29%, co stanowi 16,6% śmiertelności; śród zaś niezaszczepionych, którzy żyli w tych samych warunkach, co i pierwsi, zachorowało 9,7%, umarło 6,9%, co stanowi 72% śmiertelności. Szczepienie więc obniżyło śmiertelność o 4 razy, a zachorowanie prawie o 5 razy. U zaszczepionych cholera miała przebieg lekki. Znaczenie ochronne szczepień występowało wybitnie w tych razach, gdzie jedni z członków rodziny byli zaszczepieni, a drudzy nie byli; cholera prawie wyłącznie występowała u nieszczepionych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. R. Chrobak. **O sztucznej niepłodności.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 21). Piśmiennictwo tego przedmiotu jest stosunkowo skąpe z powodu, że ci, którzy wykonywują zabieg bez dość ścisłego wskazania, nie chcą narażać się na krytykę i wolą nie ogłaszać swych przypadków. Wycięcie trąbki na dużej nawet przestrzeni i obszycie kikuta nie zapewnia skutku operacyi, gdyż drożność łatwo powraca. Najpewniejszem jest jeszcze wycięcie klina z rogu macicy; lecz nawet w takim przypadku wytworzyć się może przetoka maciczno-otrzewnowa, przez którą niekiedy jaje znachodzi drogę do jamy macicy. C. nie może usprawiedliwić ubezpłodnienia, jako zabiegu, stosowanego przy przyszyciu macicy do pochwy dlatego jedynie, że chora nie zgadzała się na otwarcie jamy brzusznej; odmówiłby raczej w takim razie operacyi wogóle. Jeżeli ubezpłodnienie jest rzeczywiście wskazane, to powinno być wykonane samo dla siebie, a nie przy sposobności, tembardziej, że zabieg pozbawiony jest większego niebezpieczeństwa. Ze względu na trudność w określeniu wskazań do sprowadzenia niepłodności wymaga C. w każdym przypadku narady przynajmniej 2 lekarzy. Częściej, aniżeli z trudnością uzyskania zezwolenia na zabieg, spotyka się lekarz z natarczywą a nieuzasadnioną dostatecznie prośbą chorej o wykonanie go. Przed zabiegiem powinno się oboje małżonków pouczyć o wszystkich możliwych zbiegach okoliczności, aby się nie spotkać kiedyś w przyszłości z jakimkolwiek zarzutem. Wskazanie do bezpłodności upatruje C. w stanach chorobowych, niedających się inaczej wyleczyć, lub w niebezpieczeństwie, na jakie chora mogłaby być narażoną na przypadek ciąży; nie liczy się natomiast, jak to Kehrer czyni z tem, czy chora ma już dzieci lub nie. C. zgadza się ogólnikowo na żądanie Kehrera, że po kilkakrotnem sztucznem poronieniu z powodu ścieśnienia III. stopnia lub, co rzadziej bywa, po porodach przedwczesnych przy ścieśnieniu II. stopnia, należy kobietę uczynić niepłodną, aby jej nie narażać na dalsze niebezpieczeństwa. Określenie atoli, po której ciąży ma to nastąpić, jest rzeczą nieuchwytną, która w każdym poszczególnym przypadku wymaga osobnego zastanowienia się. Dobre wyniki po cięciu cesarskiem, nawet kilkakrotnem, ścieśniają wprawdzie wskazania do ubezpłodnienia, liczyć się atoli potrzeba z życzeniem chorej, jeżeli zgadza się na ponowne cięcie cesarskie pod warunkiem zapobiegnięcia dalszym ciążom. O ile możności dążyć powinien lekarz do tego, by nie uczynić kobiety niepłodną zaraz przy pierwszem cięciu cesarskiem, szczególnie, jeżeli życzenie swe wypowiada kobieta w chwili porodu, gdy jest pozbawioną zupełnej równowagi umysłu. Nie należy też spuszczać z oka okoliczności, że kobieta może nawet po kilku sztucznych poronieniach zapragnąć nagle dziecka żywego, n. p. wskutek wyjścia zamąż. Wówczas powinna jej być daną sposobność do urzeczywistnienia pragnień. Wszyscy zgodnie uważają przewlekłe zapalenie nerek za powód do sprowadzenia niepłodności, inne natomiast stany (przewlekła niedokrewność, uwiąd, podupadła czynność gruczołów krwiotwórczych, wady serca, a w szczególności zwyrodnienie mięśnia sercowego, choroby żołądkowe, jelit i wątroby, rozedma płuc i t. d.) wówczas chyba wskazanie dać mogą, gdy są w okresie nieuleczalności. Określenie tej chwili jest trudnem i wówczas tylko ma znaczenie praktyczne, gdy stan ogólny pozwala jeszcze na wykonanie zabiegu, a zarazem istnieją warunki do zastąpienia. Trudnem bardzo jest wskazanie do sprowadzenia niepłodności w przypadkach psychozy, tem więcej, że zapatrywania co do wpływu ciąży na te przypadki są dotąd tak nieustalone. Ewentualność ta tylko wyjątkowo się zdarza, a głos rozstrzygający powinien być pozostawiony psychiatrze. Kehrer uważa nieuleczalną gruźlicę płuc, przewodu pokarmowego i kości za wskazanie do ubezpłodnienia. Zdaniem C. należy tu rozważyć równocześnie kwestyę sztucznego poronienia. Wychodząc z zapatrywania, że gruźlica jest chorobą uleczalną lub dającą się w postępie powstrzymać, jakoteż że ciąża stanowczo zły wpływ na nią wywiera, jest C. za rozszerzeniem wskazań do przerwania ciąży w tych przypadkach i to natychmiast, bez względu na to, czy płód w danej chwili jest do życia zdolnym, czy nie. W przypadkach gruźlicy początkowej lub takiej, która stanęła w rozwoju, uważa C. także ubezpłodnienie za dozwolone, jeżeli stosunki płciowe nie dają się uniknąć, a środki zapobiegawcze zawodzą, lub gdy ich chora stosować nie chce. Za wyraźne wskazanie do ubezpłodnienia uważa C. wreszcie blizny macicy po przebytem zupełnem lub niezupełnem przedarciu macicy lub wyłuszczeniu włókniaków; pęknięcie bowiem macicy w czasie jednego z następnych porodów, lub nawet w ciąży, nie należy do zbytnich rzadkości. *B. Wojciechowski.*

H. Füth. **O cięciu cesarskiem na umierającej.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 23). Wieloródka 35-letnia z ciężką wadą sercową znajdowała się w okresie końcowym ciąży. Bez bolów porodowych wystąpiły nagle objawy groźne: duszność, sinica, plwocina pienista, różowa, potem tętno coraz słabsze, wreszcie utrata przytomności, brak tętna, bezwładność i oddanie bezwiedne kału i moczu. Wszystko to odbyło się w ciągu kwadransa. W interesie płodu wykonał F. cięcie cesarskie. Płód donoszony, ważący 3700 grm., urodzony z wolnem tętnem, wkrótce docucono. Bezpośrednio po wydobyciu płodu pojawiło się u matki znowu tętno i ustało rzężenie. Przez 3 dni tętno pozostało wysokie mimo środków sercowych; ciepłota nie przekraczała 38·2. W 4 dniu ciepłota się podniosła, a w 5-tym nastąpiła nagła śmierć. Sekcya wykazała ciężką wadę sercową zastawkową, zwyrodnienie mięśnia sercowego i zatory w nerkach; rana pooperacyjna bez odczynu. F. jest za tem, by ze względu na płód nie wyczekiwać śmierci matki, lecz operować z chwilą, gdy wszystko będzie przemawiać za tem, że chorą należy uważać za umierającą; statystyka bowiem cięć cesarskich na zmarłych wykazuje na 331 operacyi tylko 6 płodów uratowanych. Lekarz na prowincyi znajduje się w trudniejszem położeniu, gdyż narada 2-ch kolegów jest z wielu względów wskazaną. To też najczęściej będzie on musiał czekać zejścia śmiertelnego chorej. Przejściową poprawę stanu tłómaczy F. nagłem zmniejszeniem się pracy serca, dodając, że spostrzeżenie to nie jest odosobnionem. *B. Wojciechowski.*

Rissmann. **Metody sprowadzenia niepłodności u kobiety.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 23). R. badał osobę, u której przed 2 laty wyciął, celem sprowadzenia niepłodności, maciczne odcinki trąbek wraz z klinem miąższu macicznego w rogach, poczem pokrył rany otrzewną. Mimo wszelkich innych sprzyjających okoliczności chora nie zastąpiła. R. podnosi wyższość tej metody nad innemi. *B. Wojciechowski.*

Seigneux. **W sprawie rozszerzania ujścia macicznego.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 23). Z kliniki Leopolda ogłoszono dotąd 80 przypadków, w których stosowano metodę Bossiego. Liczba ta świadczy wymownie o racyonalności metody i to w pierwszym rzędzie wobec drgawek porodowych; na 36 bowiem przypadków tego rodzaju stracono zaledwie 6 chorych. Złe wyniki sprowadza albo zła technika, albo wadliwe narzędzie. Odstępując cokolwiek od oryginalnego rozszerzadła Bossiego, zrobił S. narzędzie, które ma tę zaletę, że do tej samej rączki zakładać można z łatwością kolejno 3 garnitury czteroramiennych, coraz to szerszych, rozszerzadeł (pojedyncze ramię szerokości 6, 12 i 24 mm.). Narzędzie posiada wygięcie miednicowe i daje się łatwo oczyścić, a szerokość rozszerzających ramion zmniejsza niebezpieczeństwo przedarcia. Asystent tu zbyteczny. *B. Wojciechowski.*

S. Gaszyński. **Nowa teorya o wymierzaniu miednicy, oraz opis cyrkla, służącego do zdejmowania wszelkich wymiarów miednicy w ich długości i nachylenia do ścian miednicy.** (*Nowiny lek.*, 1895, zeszyt 6). Wzajemny stosunek wymiarów poprzecznych nie zawsze świadczy o typie miednicy, a obliczenie sprzężnej prawdziwej z przekątnej jest z wielu przyczyn zbyt niedokładnem. Chcąc zresztą nabrać pojęcia o rodzaju przeszkód, jakie główka ma przezwyciężyć, pożądaną jest znajomość wszystkich wymiarów miednicy, więc także n. p. wychodu. G. zrobił 2 przy-

rządy, z których jeden służy do określenia długości przekątnej, kąta nachylenia i wysokości spojenia łonowego, drugi do wymierzenia grubości spojenia łonowego, oraz wysokości wzgórka łonowego tylnego. Zapomocą tychże przyrządów daje się określić także stopień wygięcia kości krzyżowej i wszystkie inne wymiary, oraz kąty nachylenia płaszczyzn miednicy. Otrzymane długości przenosi G. na papier i wykreśla w ten sposób rzeczywiste wymiary danej miednicy, co wśród przebiegu porodu daje mu możność szybszego ułożenia wskazań. Także stopień zwiększenia się wymiaru prostego w położeniu Walchera daje się zapomocą tych przyrządów określić.

B. Wojciechowski.

A. Sołowij. **Nowy miednicomierz do bezpośredniego oznaczania sprzężnej prawdziwej.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1895, Nr. 24). Oznaczanie pośrednie sprzężnej prawdziwej po zmierzeniu palcem przekątnej może wprawdzie dać wyniki, wystarczające dla celów praktycznych, wychodząc jednak z klinicznego stanowiska, odczuwamy ciągle jeszcze brak narzędzia prostego, zapomocą którego można by ten najważniejszy wymiar bezpośrednio otrzymać. W tym celu obmyślił S. narzędzie, złożone z 2 ramion, posiadające wygięcie miednicowe. Ramię tylne, dłuższe, jest jednolite, przednie zaś krótsze, złożone z 2 dźwigni, krzyżuje się 3 razy z tylnem. Przy zamykaniu rękojeści oddalają się końce ramion od siebie. Przy rękojeści jest skala, oznaczająca odległość guzików przy końcu ramion. Technika mierzenia bardzo łatwa. Po ustawieniu końca tylnego ramienia pod kontrolą 2 palców na wzgórku zaciska się rękojeść narzędzia, aż ramię przednie dotknie górnego brzegu tylnej ściany spojenia. Dzięki odpowiedniej budowie narzędzia dzieje się to automatycznie, można jednak położenie przedniego ramienia skontrolować wskazicielem, podczas gdy palec środni pozostaje na wzgórku. Wymiary są zupełnie ścisłe, a czem mniejsze, tem łatwiej je otrzymać. Narzędzie odpowiada wymaganiom aseptyki. W klinice prof. Marsa zmierzył S. w ten sposób 20 miednic. Przeciętna różnica pomiędzy sprzężną prawdziwą a przekątną wynosiła 1½ cm. (nie 2), w przypadkach zaś o nizkiem i mało pochylonem spojeniu tylko 1 cm. (Narzędzie wyrabia firma Georgoon i Tropczyński we Lwowie).

B. Wojciechowski.

PEDYATRYA. Schick. **Rozpoznawczy odczyn tuberkulinowy w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* 1905, czerwiec). Autor zestawił z klinik Eschericha i Pfaundlera 120 przypadków. We wszystkich przypadkach klinicznie pewnej gruźlicy otrzymano odczyn dodatni; w 42 przypadkach cierpień, nie branych klinicznie za gruźlicę — 12 razy dodatni (26%), w 35 przypadkach wątpliwych — 14 razy dodatni (40%). Odczyn w wielu przypadkach przyczynił się do rozjaśnienia sprawy. Mianowicie wynik ujemny próby wyklucza gruźlicę z wielką pewnością; w przypadkach autora okazało się zawsze, że wykluczenie to odpowiada rzeczywistości. Co do wyniku dodatniego, to on oczywiście dowodzi tylko, że pacyent jest zakażony gruźlicą, nie zaś, że rozważana zmiana jest przyrody gruźliczej, odczyn może bowiem zależeć od innego ogniska. Z tą możliwością jednak tem bardziej możemy się nie liczyć, im młodsze dziecko, i to stanowi niewątpliwie znaczną wyższość próby tuberkulinowej u dzieci. Wstrzykiwano zawsze na przedramieniu. Dawka wynosiła (według Eschericha) u dzieci całkiem małych 0,2—0,5 mg., u starszych 0,5—1,0 mg. Dwa szczegóły nadają odczynowi tuberkulinowemu u dzieci odrębny charakter: o wiele częstsze zdarzanie się odczynu, przeciągającego się na kilka dni i wielka liczba (27 przyp.) przypadków z odczynem miejscowym, niekiedy bardzo wybitnym i potrzebującym kilka dni do ustąpienia. W najgorszych przypadkach przedstawiał się odczyn miejscowy („Stichreaktion") w postaci obrzęku opuchlinowego wysokiego stopnia całej kończyny z różycowatem zaczerwienieniem i znaczną tkliwością. Ten odczyn miejscowy uważa autor zgodnie z Epsteinem i Escherichem za swoisty, gdyż w przypadkach wolnych od gruźlicy nigdy go nie otrzymywano, a w przypadkach gruźliczych, jeżeli pojawiał się bez ogólnego odczynu, przy podwyższeniu dawki otrzymywano odczyn ogólny. Przytem nie można stwierdzić stałej i zupełnej równoległości pomiędzy oboma odczynami. W pewnych przypadkach otrzymywano odczyn ogólny nadzwyczaj gwałtowny; wysoka gorączka do 40·0°, zapad, sinica. Chodziło o świeże zakażenia, lub zaostrzenia i o umiejscowienia płucne: świeżo przebyte zapalenie płuc, lub opłucnej wątpliwej przyrody. W podobnych przypadkach trzeba postępować bardzo oględnie i rozpocząć od dawki małej.

Lewkowicz.

Quest. **Przyczynek do leczenia płonicy.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 25). Autor stosował w klinice prof. Czernego surowicę Bujwidowską w 11 przypadkach, Moserowską w 10, przyczem nie ograniczał się jedynie do przypadków cięższych. Co się tyczy pierwszej surowicy, to z wyjątkiem jednego przypadku nie stwierdzono jej wpływu na przebieg gorączki. Dwa razy wystąpiła osutka surowicza, dwa razy białkomocz i tyleż razy zapalenie nerek. Obrzęki gruczołów spostrzegano kilkakrotnie; w dwóch przypadkach rozwinęło się zapalenie ucha. Dwa przypadki skończyły się śmiercią. Jeden okazywał przebieg ciężki, przeciągający się, w drugim na miejscu wstrzyknięcia rozwinęło się zapalenie tkanki podskórnej z paciorkowcami prawie w czystej hodowli. Nacieki w miejscu wstrzyknięcia po surowicy Bujwidowskiej rozwijały się wogóle w przeważnej liczbie przypadków, niekiedy ustępowały pod okładami, innym razem trzeba było je otwierać.

Co do surowicy Moserowskiej, to autor miał trzy przypadki śmierci. Jednak 2 z nich bezpośrednio po wstrzyknięciu, a jeden powikłany z gruźlicą. Korzystny wpływ na przebieg gorączki można było przyjąć w dwóch przypadkach, zresztą nie było pod tym względem żadnego wpływu. Wysypki surowicze spostrzegano w trzech przypadkach. Wyraźną poprawą stanu ogólnego można było zauważyć tylko w niewielu przypadkach. Wysypki płoniczej nie można było powstrzymać, owszem, w niektórych przypadkach przy obu rodzajach surowicy stawała się bardziej nasiloną. Także zmiany w gardle przebiegały mimo wstrzyknięcia swoim torem. Przebieg choroby u trojga rodzeństwa, z których jedno leczone było surowicą krakowską, drugie wiedeńską, trzecie bez surowicy, nie okazywał wybitnych różnic. Autor kończąc zaznacza, że nie może na podstawie swych przypadków wypowiadać ostatecznego zdania co do skuteczności leczenia surowiczego w płonicy i sądzi, że i w przyszłości można w przypadkach rozpaczliwych próbować tego leczenia w braku lepszego. O pożytecznem działaniu surowicy Bujwidowskiej i Moserowskiej dotychczas jednak przekonanym nie jest.

Lewkowicz.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Varese badał w klinice lekarskiej w Cagliari działanie **ferratyny.** Przytoczywszy szereg swych spostrzeżeń (*Annali di Farmacother. e Chim.*) dochodzi on do wniosku, że ferratyna dobrze działa w różnych postaciach niedokrwistości, wzmagając ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych; chorzy zyskiwali na wadze, nie doznawali dolegliwości, wywoływanych czasem przez inne przetwory żelaza; lek zażywali chętnie.

Cl.

VI. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

II.

Przystępując do wymienienia lekarzy przy katedrze krakowskiej w porządku chronologicznym i sięgając w tym celu jak najbardziej wstecz, napotykamy postać, wprawdzie historyczną, o której jednak do dzisiejszego dnia jeszcze nie wiele stanowczego powiedzieć możemy. Mamy tu na myśli mistrza Radzława[26]). Postępując za Świeżawskim i streszczając, co ten o Radzławie podaje, możemy jedynie powiedzieć, że żył w drugiej połowie XIII. i z początkiem XIV-go wieku, że był kanonikiem krakowskim, lekarzem Bolesława Wstydliwego i Kunegundy i że zakupiwszy majątek ziemski za czterdzieści grzywien, zapisał go na uposażenie ołtarza Matki Boskiej w katedrze krakowskiej. Rok jego śmierci przypada prawdopodobnie na czas pomiędzy 1302 a 1304.

Drugim z rzędu lekarzem przy kapitule katedralnej był magister Wacław[27]) z Księża, prebendarz u Maryi Magdaleny i rektor kościoła w Gorzycach, który wypróbował swoją wiedzę lekarską w czasie zarazy, srożącej się w r. 1371 i 1372. Umarł w roku

[26]) Łętowski: Katalog. T. III. str. 536 i T. IV. str. 3. — Świeżawski: Radzław, lekarz Bolesława księcia na Krakowie w „Pam. Tow. lek. warsz. z r. 1877. — Kośmiński: Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1883.

[27]) Łętowski: Katalog. T. IV. str. 195 i 259. — Świeżawski: Medycy, o nich opinija i ich honoraryja w XIV i początku XV wieku w „Pam. Tow. lek. warsz." z r. 1877. — S. Oettinger: Rys dawnych dziejów wydz. lek. Uniw. Jag. Kraków. 1878. str. 11. — Kośmiński: Słownik.

1389, a podług Łętowskiego, — który rozróżnia aż dwóch Wacławów kanoników i lekarzy, — wcześniej, bo w r. 1383. Więcej szczegółów nie zdołali o nim zebrać, ani Łętowski, ani Swieżawski, a Gąsiorowski nie wspomina o nim wcale.

Równocześnie z Wacławem był jeszcze i inny lekarz przy katedrze, a mianowicie Jan Radlica, zwany także Johannes minor[28], którym się również Swieżawski nieco bliżej zajął. Historya zachowała nam o nim nieco więcej szczegółów. Nie wiemy wprawdzie dokładnie, kiedy wszedł do kapituły, będziemy jednak bardzo blizkimi prawdy, jeżeli przyjmiemy, że w czasie pomiędzy r. 1377 a 1379. W roku bowiem 1377 leczył króla Ludwika, a w r. 1379 został już archidyakonem[29]. Skoro zaś wiemy, że Ludwik odwdzięczając się Radlicy za wyleczenie, przeprowadził jego wybór na kanonika, natenczas wyda się nasze określenie bardzo prawdopodobnem. Po śmierci Zawiszy został Radlica jego następcą, jako trzydziesty pierwszy z rzędu biskup krakowski. Sława jego, jako biegłego lekarza, była prawdopodobnie nie małą, skoro go król francuzki Karol V polecił Ludwikowi królowi polskiemu i węgierskiemu. Nagrobek w kościele katedralnym, odnowiony przez Jana Łaskiego, arcybiskupa gnieźnieńskiego, podaje, że Radlica umarł w r. 1392, którą to datę przyjmują także Gąsiorowski i Łętowski, gdy przeciwnie Swieżawski i Kośmiński podają rok 1391, jako rok śmierci i to sam jego początek.

Postępując za dotychczas ogłoszonymi źródłami lekarskiemi, musielibyśmy zaliczyć w poczet lekarzy kapituły katedralnej doktora medycyny Bernarda Hessego[30]. Co Rostafiński o nim przed kilku laty powiedział, można w całej pełni jeszcze i dziś podtrzymywać, gdyż jak wtedy, tak i dziś jeszcze „nic się o nim nie wie“. Majer i Oettinger utrzymują wprawdzie na podstawie aktów uniwersyteckich, że Hesse posiadał altaryę przy kościele katedralnym, wnosząc stąd, że on był stanu duchownego, czego jednak Rostafiński wcale nie uważa za bezwzględny dowód. Opierając się na aktach katedralnych, musielibyśmy się raczej przechylić do zdania Rostafińskiego, gdyż z aktów tych nie wynika bynajmniej, by Hesse był stanu duchownego, lub wogóle pozostawał w jakimkolwiek stosunku do kościoła katedralnego. Obok nazwiska Hessego nie znajdujemy bowiem w aktach tytułu „altarista“, coby niezawodnie miało miejsce, gdyby nim Hosse był rzeczywiście w r. 1456, t. j. wtedy, kiedy się spotykamy[31] z nazwiskiem jego jako z egzekutorem testamentu Benedykta Hessego. Przeciw przypuszczeniu zaś, że Hesse później nim został, przemawia okoliczność, że w aktach nie uwidoczniono, by w r. 1465, t. j. po jego śmierci, osieroconą altaryę nadano komu innemu.

[28]) S. Starovolscius: Monumenta Sarmatarum. Cracoviae 1655 p. 19. — L. Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do hist. sztuki lek. Poznań. 1839. T. I. str. 88. — Łętowski: Katalog. T. I. str. 297—309. — Swieżawski: Jan Radlica, doktór medycyny, biskup i kanclerz, w „Pam. Tow. lek. lek. warsz.“ z r. 1878. — Kośmiński: Słownik.

[29]) Ponieważ w toku niniejszej pracy będziemy się często spotykali z rozmaitemi dostojeństwami i urzędami kapitulnymi, nie od rzeczy będzie kilku słowami wspomnieć, jak one po sobie następowały i w jakim stosunku zostawały do siebie, tembardziej, że Kraków pod względem tego ustroju przedstawia pewne oryginalne właściwości. O tych dostojeństwach powiada Abraham, jak następuje: „Naprzód na czele kapituły stanął dziekan, nie proboszcz, który to urząd niemal powszechnie był pierwszym.... Po dziekanie szedł archidyakon, a po nim dopiero proboszcz; może więc pierwotnie godności proboszcza wcale nie było, a zastąpił go archidyakon, tembardziej, że archidyakonat z probostwem prawie powszechnie łączono. Później dopiero, może w XII w., utworzono osobną godność proboszcza. Z innych dostojeństw wymienia jeden z dokumentów późniejszych z r. 1166 (Kod. dypl. katedry krak. Nr. 1) dalsze godności w tym porządku: scholastyk, kustosz, kantor. Do dziekana należało przestrzeganie statutów i karności w kapitule i w jego ręku znajdowała się pieczęć kapituły...; proboszcz zajmował się zarządem wspólnego majątku....“ (W. Abraham: Początek biskupstwa i kapituły katedralnej w Krakowie. Rocznik krakowski. T. IV. Kraków 1900).

[30]) Rocznik Wydz. lek. Uniw. Jag. T. II. str. 43 i T. III. str. 437. — Wiszniewski: Hist. lit. pol. T. IV. str. 334. — Muczkowski: Liber promotionum: p. 15 et 17. — Łukaszewicz: Historya szkół. T. IV. str. 88. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 27. — Majer: Wiadomości z życia professorów wydz. lek. w Uniw. Jag. — Oettinger: Rys dawnych dziejów wydz. lek. Uniw. Jag. str. 50 i 84. — Kośmiński: Słownik. — Rostafiński: Medycyna na Uniw. Jag. — Morawski: Historya Uniw. Jag. T. I. str. 236 i 398. t. II. str. 109.

[31]) Acta actorum: vol. I. f. 42 et i. v.

Bez porównania więcej zajmującą pod względem lekarsko-przyrodniczym, aniżeli lekarze dotychczas wymienieni, jest postać Jana Stanki. Gdyśmy do niedawna jeszcze wiedzieli o nim jedynie tyle, że żył w roku 1470, będąc wtedy kanonikiem krakowskim i wrocławskim, a zarazem i lekarzem królewskim[32]), że leczył Długosza z powodu kamienia pęcherza moczowego[33]), i że w roku 1470 stawał przed rektorem uniwersytetu krakowskiego w sprawie z „Piotrem Rychtenszteyn de Swijnycz, lipskim bakałarzem“ „in artibus“[34]), pozostanie zasługą prof. Rostafińskiego[35]), że wyprowadził osobę Stanki z półmroku, w którym się przez tyle wieków ukrywała. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności znalazł Rostafiński w Bibliotece Jagiellońskiej rękopis Stanki, którym się wraz z innym rękopisem tegoż autora, poprzednio już przez ks. Polkowskiego w Archiwum kapitulnem odszukanym, bliżej zajął. Na podstawie tego rękopisu, przedstawiającego bogaty bardzo spis środków lekarskich, nie mógł niestety Rostafiński dużo wysnuć wniosków odnośnie do samej osoby Stanki; jednak wynik swoich badań samego rękopisu streszcza w słowach, „że to był bardzo niepospolity i nad swój wiek uczony przyrodnik; znakomity znawca flory i fauny, a zwłaszcza flory krajowej“. (Sredniowieczna hist. nat. T. I, str. 50), któremu wyznacza miejsce „między Albertem Wielkim, a Konradem Gessnerem“ (Medycyna na Uniw. Jagiel. str. 79). Tych zaś kilka szczegółów, które Rostafiński podał o Stance, oparł jedynie na kombinacyach. Na podstawie naszych poszukiwań w aktach kapituły krakowskiej możemy do tego dodać jeszcze kilka szczegółów. Już Rostafiński twierdził, że Stanko był Ślązakiem. Akta kapituły potwierdzają w zupełności to przypuszczenie, gdyż akt z 25-go kwietnia r. 1488[36]), którym kapituła krakowska oznajmia wybór Fryderyka Jagiellończyka na biskupa krakowskiego, nazywa Stankę „de Lobyn“. Jan, zwany powszechnie „Stanko“, był synem Stanki (Johannes Stanconis) i był jeszcze przed przybyciem do Krakowa kantorem sandomierskim i kanonikiem wrocławskim. Do Krakowa przybył nie w roku 1470, jak twierdzi Rostafiński, lecz wcześniej, a w każdym razie nie po roku 1469, gdyż członkowie kapituły katedralnej zażądali już wtedy od niego, — a nie od jego prawnego zastępcy, — złożenia taksy, przepisanej dla nowo wstępujących kanoników[37]). Zdaje się jednak, że Stanko zwlekał z wypełnieniem tego warunku, gdyż znajdujemy go po raz pierwszy w poczcie kanoników dopiero w roku 1470, — a nie w roku 1474, jak twierdzi Łętowski[38]). — Kanonię, którą przy wstąpieniu do kapituły otrzymał, odstąpił już w roku 1472 Janowi ze Słupczy, obejmując równocześnie inną, która się opróżniła z powodu rezygnacyi kanonika Bernarda z Grocholic. Aktu jego instalacyi na tę nową kanonię dokonał Mathias de Rogow[39]). Tego samego roku zostaje prowizorem domu kanoników po Jakóbie z Szadka, a w roku 1475 otrzymuje wieś Borkow, którą mu pozostawiono aż do roku 1488, nadając mu w zamian za nią opróżniony z powodu śmierci Jana ze Słupczy Grębałów. Jeszcze krócej zawiadował Grębałowem, bo już w następnym roku otrzymał Dziekanowice, gdy Grębałów przydzielono kanonikowi Arnolfowi z Myrzenic. O działalności jego w kapitule akta katedralne nie wiele wspominają. Tu wymienimy jedynie, że objął w roku 1471 wspólnie z innym kanonikiem (Jacobus de Rudeschewnycza) administracyę dóbr biskupich, należących do klucza lelowskiego, że należał do tych kanoników, którzy obrali kanonikiem lekarza Jakóba z Zalesia i że był za oddaniem kanonii jeszcze innemu lekarzowi, a mianowicie Jakóbowi z Bokszyc. W roku 1490 otrzymuje z powodu zatargu z Sebaldem z Norymbergii wezwanie do stawienia się w Rzymie, od czego zgłosił za pośrednictwem legata apostolskiego przy tronie węgierskim odwołanie, do którego się i inni członkowie kapituły przyłączyli. Jak się sprawa dla Stanki skończyła, jakoteż nie mniej, czy wyjechał do Rzymu, akta nie wspominają.

Zdaje się, że Stanko i po za katedrą piastował godności kościelne w Krakowie. Pod rokiem 1487 czytamy bowiem w aktach

[32]) Album studiosorum universitatis cracoviensis. Cracoviae 1887. p. 199.

[33]) M. Wiszniewski: Historya literatury polskiej. Kraków, 1842. T. IV. str. 44 i 192.

[34]) W. Wisłocki: Acta rectoralia p. 45 § 209.

[35]) J. Rostafiński: Średniowieczna historya naturalna. Kraków, 1900. T. I. str. 33 i nast. Tenże: Medycyna na uniwersytecie Jagiellońskim w XV w. str. 79.

[36]) Acta actorum: v. II. f. 194.

[37]) Acta actorum vol. II. f. 51 v.

[38]) Katalog. t. IV. str. 78.

[39]) Acta actorum: vol. II. f. 67.

naszych „ad permutandum ecclesiam parochialem in Rudawa pro altari sancti Allexii in ecclesia sanctae Mariae virginis in Cracovia siti, *quem venerabilis dominus Johannes Stankonis obtinebat*, etc.", co zarazem dowodzi, że owej godności już wtedy nie piastował[40]). Tyle możemy się z aktów katedralnych dowiedzieć o Stance. Dalszych szczegółów z jego życia nie można na podstawie tych aktów przytoczyć, gdyż po r. 1490 nie wymieniają więcej nazwiska Stanki, aktów zaś od roku 1492 aż do roku 1500 wogóle brak tak, że ani nawet roku jego śmierci nie jesteśmy w stanie podać na podstawie tych aktów. Rostafiński powiada ogólnikowo, że Stanko w roku 1494 już nie żył, przyjmując widocznie ten rok jako najdalszy możliwy kres życia Stanki. Tu nam jednak przychodzą w pomoc krakowskie akta biskupie, które pozwalają oznaczyć rok śmierci Stanki z bardzo wielką ścisłością. Pod dniem bowiem 29-go kwietnia roku 1494 czytamy, że o kanonię krakowską, opróżnioną przez śmierć Jana Stanki ubiega się „venerabilis dominus Osvaldus Straubinger utriusque iuris doctor, cantor et canonicus vratislaviensis, clericus ratisponensis", lecz jej nie otrzymał, gdyż za staraniem biskupa krakowskiego kardynała Fryderyka nadano ją Janowi Konarskiemu[41]). Jeżeli zaś uwzględnimy, jak szybko kanonie, osierocone przez śmierć kanoników, nadawano ich następcom, i że „vacans" zazwyczaj kilka tylko dni wynosił, natenczas możemy z największem prawdopodobieństwem powiedzieć, że Stanko zmarł w roku 1494 i to w miesiącu kwietniu.

Z tego samego źródła dowiadujemy się, że Stanko miał w roku 1487 jakiś zatarg z Łukaszem, wikarym kolegiaty św. Maryi w Sandomierzu[42]) i że on piastował urząd „collectoris denarii sancti Petri in regno Poloniae".

Egzekutorem jego testamentu był kardynał Kazimierz Jagiellończyk.

Kiedy się w roku 1484 opróżniła kanonia z powodu śmierci Mikołaja de Senno, członkowie kapituły obrali jego następcą lekarza Jakóba z Zalesia[43]) (*Jacobus de Zaleschye*), syna Galla, który według „album studiosorum" (str. 138) zapisany był w roku 1454 na uniwersytet krakowski; wedle Muczkowskiego[44]) zaś osiągnął stopień bakałarza filozofii w roku 1456, a w sześć lat później, już jako doktor medycyny i lekarz króla Władysława czeskiego (str. 56), stopień magistra artium. Pomimo, że już w roku 1485 wybór padł na Jakóba z Zalesia, nie wstąpił on przecież zaraz do kapituły, co akta zaznaczają następującymi słowy. „Venerabilem dominum Jacobum de Zaleschye medicinae doctorem canonicum creatum vigore processus executorialis pro tituto mgri Nicolai de Inatowicz can. plocensis...... receperunt"....[45]). Zdaje się, że wybór jego napotykał na trudności, gdyż trzeba było do jego przeprowadzenia wstawienia się kustosza kapitulnego Jana i kanonika Bernarda Wapowskiego, którzy „coniuncta manu" zobowiązali się złożyć za Jakóba przepisaną taksę. Wybór ten umieszcza Łętowski błędnie pod rokiem 1526. W roku 1494 został powołany na lekarza kapituły gnieźnieńskiej, obejmując tamże kanonię doktoralną po śmierci Adama z Dąbrowy[46]), w tymże samym roku nadano mu probostwo wiślickie, a w roku 1495 znowu kanonię włocławską[47]). (C. d. n.)

* * *

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 lipca.

* Warszawskie Towarzystwo higieniczne na wniosek dr. Bregmanna zorganizowało w swem łonie wydział przeciwalkoholiczny, na czele którego stanął sam wnioskodawca.

[40]) Acta actorum: vol. II. f. 189.

[41]) Acta episcopalia cracoviensia: vol. IV. f. 114 v.

[42]) Acta episcopalia: vol. III. f. 337 v.

[43]) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do hist. sztuki lek. Poznań, 1839.—Rocznik wydz. lek. w Uniw. Jag. T. III. str. 436.— Majer: Wiadomości z życia profesorów, str. 16. — Oettinger: Rys., str. 87. Kośmiński: Słownik. — J. Korytkowski: Prałaci i kanonicy katedry Gnieźnieńskiej. T. IV. str. 400—402.

[44]) Statuta nec non liber promotionum philosophorum ordinis. Cracoviae, 1849.

[45]) Acta actorum: vol. II. fol. 181 et 189.

[46]) L. Gąsiorowski. Rozprawa wyświecająca historyę zaprowadzenia kanonikatu doktora medycyny w Roczniku Tow. Przyj. Nauk Pozn. T. I. str. 307.

[47]) Ks. S. Ch. Medycy kapituły włocławskiej.

* Zakład chemii lekarskiej Uniw. Jag. zyskał nowe pomieszczenie. Dotychczasowy budynek już od lat wielu był najniewłaściwszym przybytkiem dla nauczania i badań naukowych. Obecnie zakład chemii lekarskiej zajął cały budynek po klinice lekarskiej i chociaż architektonicznie może ma wady starej budowli, natomiast co do ilości światła, przestronności i liczby sal, oraz oddalenia od ruchu ulicznego — jest on bez zarzutu i wynagrodzi prof. Stopczańskiemu wszelkie a tak liczne niedogodności dotychczasowego pomieszczenia. W akcie przeniesienia wzięli udział: rektor Uniw., dziekan Wydziału lekar. i ucząca się młodzież.

* Z Paryża otrzymujemy następujące doniesienie: „W końcu roku 1905 opuści tłocznię drukarską pierwszy zeszyt (objętości 5 ark.) wydawnictwa, poświęconego wiedzy bibliotecznej, bibliografii i lubownictwu książek, p. t. Książnica. Cena egzemplarza: na papierze zwyczajnym 3 fr., z przesyłką 3 fr. 25 cent.; na papierze czerpanym, prążkowanym 5 fr., z przesyłką 6½ fr. — Zamówienia i listy adresować należy: Mr. Strzembosz, Paris, Bibliotèque polonaise, 6, Quai d'Orléans.

* *Otrzymujemy następującą odezwę z prośbą o umieszczenie*:

„Komitet, wybrany przez sekcyę pedyatryczną Towarzystwa medycyny wewnętrznej i pedyatryi (*Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde*) w Wiedniu, w celu propagowania karmienia dzieci piersią matek, zająć się musiał z natury rzeczy także sprawą mamek. Komitet ten uprasza przeto kolegów, praktykujących w takich okolicach, z których kobiety często idą na mamki, by zechcieli poprzeć dobrą sprawę, wypełniając na podstawie swych spostrzeżeń odpowiedni kwestyonaryusz. Komitet prosi więc tych pp. kolegów, by zechcieli podać swe nazwisko i adres podpisanemu prezesowi Komitetu, poczem wysłane im będą odpowiednie blankiety do wypełnienia.

Prof. Dr. Teodor Escherich,
Wien, Schutzstelle IX/2,
Zimmermannplatz.

* Dowiadujemy się, iż w najbliższych dniach rozpocznie swoje istnienie nowa instytucya humanitarno-lekarska pod nazwą „Kropli mleka". Zadaniem i celem instytucyi tej, stworzonej na wzór francuskich „Goutte de lait", jest zaopatrywanie niezamożnych matek we wzorowe mleko dla niemowląt tam, gdzie zachodzi konieczność sztucznego lub mieszanego żywienia; dalej czuwanie nad tem, aby żywienie to przeprowadzone zostało zgodnie z zasadami higieny wieku niemowlęcego; wreszcie wpajanie i popularyzowanie tych zasad wśród mniej wykształconych warstw ludności. Dostarczania i przygotowywania mleka dla niemowląt pod kontrolą i według przepisu lekarza podjęła się „mleczarnia Łuczanowicka". Zarząd mleczarni przeznaczył na ten cel zupełnie oddzielną salę, urządzoną według wszelkich wymagań czystości i higieny. Mleko, pochodzące z pierwszorzędnej obory w okolicach Krakowa, wyłącznie z porannego udoju, dostawione będzie zaraz po wydojeniu do mleczarni i tu po odpowiedniem przyrządzeniu natychmiast poddane pasteryzacyi. Pasteryzacya (systemem Contant) wykonaną będzie po rozlaniu mleka do małych hermetycznie zamykanych flaszeczek, z których każda zawierać będzie jednorazową porcyę posiłku dziecka. Każda matka, korzystająca z „Kropli mleka", otrzymywać będzie codziennie mały koszyczek, zawierający tyle flaszeczek z mlekiem, ile razy w ciągu doby dziecko ma się posilać. Wszystkie matki, korzystające z wzorowego mleka, obowiązane będą raz na tydzień zgłaszać się z dziećmi do wagi i kontroli lekarskiej. Stosownie do wyniku badania dziecka mleko będzie według szczegółowego przepisu lekarza przed pasteryzacyą przyrządzone i rozlewane do flaszeczek. Ilość zatem i rozcieńczenie mleka stosować się będzie ściśle do wieku i do indywidualnych potrzeb każdego dziecka. Jakkolwiek koszt przyrządzania mleka dla niemowląt w sposób powyżej opisany jest znaczny, mleko to będzie dostarczane matkom po najniższej cenie surowego materyału. Korzystać będą z niego tylko te matki, które będą zapisane w poczet stałych odbiorczyń.

Lokal instytucyi będzie się mieścił w pałacu spiskim przy Rynku głównym. Kierownictwo lekarskie objął dr. Tadeusz Żeleński.

* Kierownictwo zakładu leczniczego w Ojcowie po ś. p. dr. Niedzielskim obejmie dr. Kozłowski z Nałęczowa.

* W nakładzie Braumüllera wyjdzie 10-tomowe dzieło p. t.: „Handbuch der aerztlichen Sachverständigentätigkeit". Na czele wydawnictwa stoi prof. Dittrich (z Pragi) z współudziałem wybitnych specyalistów.

* Kol. prymaryusz Bogdanik zawiadamia nas, że w sprawozdaniu z przychodu i rozchodu na sprawienie portretu ś. p. prof. Trzebickyego zaszła pomyłka: kol. Mikucki z Serajewa przysłał na ręce kol. dr. Branda nie 10, lecz 20 koron. Pozostałość kasowa zatem wynosi 21 koron 46 hal., którą to kwotę złożono w kasie szpitala św. Łazarza, celem wsparcia kilku biednych chorych opuszczających szpital.

* Komitet wykonawczy XV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego, który odbędzie się w r. 1906 w Lizbonie od 19 do 26 kwietnia, rozesłał karty przystąpienia, regulamin Kongresu i wezwanie do wzięcia udziału.

* Rosyjskie dzienniki donoszą, że Zjazd lekarzy Królestwa Polskiego dla obmyślenia sposobów zwalczania zagrażającej cholery — nie odbędzie się. Rząd rosyjski nie udzielił pozwolenia na zwołanie.

* Austryackie ministeryum spraw wewnętrznych zabroniło rozprzedaży „środków Morisona“, oraz rozpowszechniania broszury „Darstellung des neuen Systems der Medicin“, w której zostały bardzo zachwalone przetwory Morisona, jako leki uniwersalne.

* Między 18 a 24 czerwca stwierdzono w 8 gminach galicyjskich, należących do 8 powiatów, 9 nowych przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych.

* Między 11 a 17 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w Chrzanowie 2 przyp. i w Tarnowie 1 przypadek. — W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim, buczackim (po 1 gm.), brzeżańskim, cieszanowskim (po 2 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (3 gm.), horodeńskim (2 gm.), grodeckim (1 gm.), kamioneckim (2 gm.), kołomyjskim (3 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), mieleckim (1 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), przemyskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), sanockim, skałackim, stryjskim (po 1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (1 gm.), zborowskim (2 gm.), żółkiewskim (1 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Napoleon Milicer, wychowanek b. warszawskiej Szkoły Głównej, znakomity chemik i zasłużony obywatel, zmarł w Warszawie, licząc lat 63.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 25. Palmirski: O cholerze ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej (dok.). Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 13 zawiera: W sprawie przedkładania rachunków lekarskich. — Partactwo lecznicze w Galicyi. — Dla czego nam źle? — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. — Odcinek.

— *Gazeta lekarska* Nr. 24. Sommer i Kijewski: Zgorzel płuc. Pneumotomia. Wyzdrowienie. Wretowski: Przyczynek do kazuistyki kataru siennego (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 7 zawiera: Rymanów-Zdrój. Skórczewski: Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy (c. d.). — Jakiemi wodami polskiemi można zastąpić wody obcokrajowe?

— *Časopis lékařů českých* Nr. 26. Švehla: O nových příznacích poruch sliznice konečníku, zejména o trhlinkach řitních s přizaky koxitickými. Slavik: Zločin krádeže. Simulace duševní choroby. Kimla: Latentní hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Tušovský: Paprsky Roentgenovy ve službách lékařství (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 49. Deniker i Dézarnaulds: O złamaniu nadkłykciowem kości ramiennej u dziecka. Pautrier: Leczenie chorób skórnych policzków u dzieci i młodych kobiet.

Nr. 50. Luys: Cystoskopia w widzeniu bezpośredniem. Gaulejag: Nowa patogeneza żylaków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26. Dunbar: Etyologia i swoiste leczenie gorączki siennej. Sasaki: Doświadczalne badania wpływu digalenu na serce żaby. Hoffmann: Zapalenie skóry po izoformie u osoby nieznoszącej jodoformu. Leuk: Łagodząca operacya przy dobrotliwem zwężeniu jelita odchodowego. Köppen: Wyleczenie gruźliczego zapalenia otrzewnej w jednym przypadku samoistnego wyzdrowienia. Nenadovics: O zakresie działania wodoleczenia w ginekologii. Bendersky: O pierwotnym małym żołądku. Posner: Balneoterapia w chorobach moczowych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26. Lupu: O rumieniu lombardzkim bez rumienia. Porges: Zdolność aglutynacyjna otoczkowców. Preindlsberger: Dalsze uwagi nad zmieczuleniem rdzeniowem. Dumas: Przypadek wciśnięcia się więzadła obrączkowatego do stawu ramiennosprychowego.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 26. Schridde: O ziarninie limfocytów we krwi. Weichardt: Toksyna znużenia i jej antytoksyna. Schlachta: Teorya biologicznego działania promieni. Merkel: Przyczynek do nauki o przeistaczającem się tworzeniu kości w narządach chłonnych. Schrötter: Kliniczny przyczynek do bronchoskopii. Schäfer: Leczenie wnętrostwa. Reich: Intubacya rurką celuloidową. Stegmann: Leczenie wola promieniami Röntgena. Schatz: Skrócenie następowego leczenia po operacyi wyrostka sutkowego przez wypełnienie jamy parafiną. Theilhaber: Nauka o powstawaniu krwotoków macicznych. Klienenberger: O moczu i osadzie moczowym w przewlekłych i miejscowych zastojach, w stanach końcowych i zapadzie (c. d.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 26. Lingelsheim: Sprawozdanie stacyi higienicznej w Beuthen z bakteryologicznych badań przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. Radmann: Dalsze uwagi nad nagminnem zapaleniem opon mózgowordzeniowych. Herxheimer i Hübner: Otrzymanie i znajdowanie krętka bladego w kile. Giemsa: Uwagi nad barwieniem krętka bladego. Friedrich: Leczenie ran podejrzanych o zakażenie i zakażonych wraz z leczeniem zanokcicy, ropówki, czyraków. Hippel: Operacya przy krótkim wzroku i oderwaniu siatkówki. Albu: Rozpoznanie i leczenie przewlekłego zapalenia okątniczego (dok.).

Redakcya otrzymała. Pawiński i Jadwiga Korzon: O działaniu teocyny w chorobach serca i nerek. Hochheim: Klinische Erfahrungen mit Digalen.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 26 (od dnia 25/VI do 1/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dziew. 35; nieżywo: chł. 3, dz. — — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 19; zamiejscowych: męż. 14, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 3, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 2, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. 1. **Razem:** miejscowych 37, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.